

324

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1893, à 1 heure.

PAR

Edouard MAKSUD

Né à Alexandrie (Egypte), le 15 novembre 1869.

Contribution à l'Étude des Hémorrhagies pendant la Grossesse et l'Accouchement

Diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse du placenta

HÉMORRHAGIES

DUES A

LA RUPTURE DU SINUS CIRCULAIRE

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { MM.
DEBOVE, professeur.
MAYGRIER, MARFAN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BEAUGENCY

IMPRIMERIE J. LAFFRAY

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

324

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Juillet 1893, à 1 heure.

PAR

Edouard MAKSUD

Né à Alexandrie (Egypte), le 15 novembre 1869.

Contribution à l'Étude des Hémorrhagies pendant la Grossesse et l'Accouchement

Diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse du placenta

HÉMORRHAGIES

DUES A

LA RUPTURE DU SINUS CIRCULAIRE

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges { MM.
DEBOVE, professeur.
MAYGRIER, MARFAN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BEAUGENCY

IMPRIMERIE J. LAFFRAY

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	N.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	Fournier.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEYS.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTIER.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RICARD.	
DEJERINE.	MARFAN.		

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE DOCTEUR BUDIN

Accoucheur de la Charité
Professeur agrégé à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

Le décollement du placenta est la seule cause généralement invoquée pour expliquer les hémorragies qu'on observe dans les derniers temps de la grossesse ou pendant le travail. Il est aussi admis que ce décollement ainsi que l'hémorrhagie se rencontrent surtout lorsqu'il existe une insertion vicieuse du placenta.

Nous avons étudié particulièrement ces pertes sanguines dans leur rapport avec le décollement du placenta et son insertion sur le segment inférieur de l'utérus.

Nous avons été frappé du nombre relativement considérable d'insertions vicieuses marginales ou latérales du placenta qui n'ont donné lieu à aucun accident, alors que, souvent, un écoulement sanguin étant survenu pendant la grossesse ou le travail, le placenta était attaché à la partie moyenne ou au fond de l'utérus.

Dans tous les cas d'hémorrhagie, avec insertion

vicieuse ou insertion normale du placenta, nous avons toujours cherché après la délivrance les signes auxquels on reconnaît la séparation précoce d'un cotylédon placentaire. Souvent nous n'avons pas trouvé ces signes parce qu'il n'y avait eu aucun décollement; mais un examen attentif nous a montré qu'une simple rupture du sinus circulaire avait été seule la source de l'écoulement sanguin.

C'est cette source d'hémorrhagie que nous nous proposons de mettre en lumière dans ce travail.

Il ne sera donc point question dans cette étude des variétés partielles ou centrales du placenta prævia.

Voici le plan que nous avons adopté :

Dans un premier chapitre nous parlerons du diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse du placenta par l'examen de la déchirure des membranes ;

Nous donnerons dans un deuxième chapitre les résultats de nos recherches et nous essaierons de démontrer que l'insertion vicieuse et le décollement du placenta sont insuffisants pour expliquer toutes les hémorrhagies qui surviennent pendant la grossesse ou pendant le travail ;

L'étude du sinus circulaire, les hémorrhagies dues à la rupture de ce sinus, leur symptomatologie, leur pronostic et leur traitement feront l'objet du troisième chapitre.

Nous prions notre éminent maître M. Budin qui a bien voulu nous indiquer le sujet de cette thèse et nous guider de ses conseils dans ce travail, et qui, pendant près de deux ans que nous sommes resté dans son service, nous a toujours témoigné une bienveillance à laquelle nous sommes très sensible, d'agréer l'hommage de nos sentiments reconnaissants et affectueux.

A MM. Maygrier, Bonnaire et Chavane, pour les observations qu'ils ont eu la bonté de nous communiquer; à M. Legry, pour son aimable collaboration dans l'étude du sinus circulaire; à M. Merle, dont l'excellente amitié a été pour nous si précieuse, nous adressons nos plus vifs remerciements.

Nous conserverons toujours le meilleur souvenir de nos maîtres de la faculté de Beyrouth et de ceux des hôpitaux de Paris, et nous les assurons de nos sentiments reconnaissants.

Nous remercions très vivement M. le professeur Tarnier pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Avant d'aborder le diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse du placenta par l'examen de l'arrière-faix, nous pensons qu'il est nécessaire de fixer les limites de cette insertion vicieuse.

Si le placenta recouvre l'orifice interne du col, ou si, par son bord seulement, il arrive jusqu'à cet orifice, il y a incontestablement placenta prævia. Il en est de même lorsque cet organe se trouve sur le segment inférieur à quelques centimètres du col, dans la zone dite dangereuse. Quelles sont les limites de cette zone? A quelle distance du col finit l'insertion vicieuse et commence l'insertion normale? C'est ce qu'il convient de bien déterminer.

2 Définition de l'insertion vicieuse du placenta.

Deux auteurs surtout, M. Duncan d'Édimbourg, Barnes de Londres, se sont occupés de la question.

M. Duncan (1), dans un mémoire où il étudie le décollement spontané du placenta dans les cas d'insertion vicieuse, décollement inévitable produit par l'expansion du segment inférieur pendant le travail, cherche à fixer les limites de cette séparation et par conséquent celles de l'insertion vicieuse.

Voici la conclusion de Duncan : Le placenta est *prævia* toutes les fois qu'une de ses parties est insérée sur la surface de décollement spontané, — c'est-à-dire sur une surface mesurant suivant un méridien 6 centimètres de hauteur à partir de l'orifice interne du col ; — ou plutôt la partie du placenta insérée dans ces limites est *prævia*.

Pour Barnes (2), le placenta est *prævia* toutes les fois

(1) MATTHEWS DUNCAN. — Sur le mécanisme de l'accouchement, etc. ; trad. par le docteur Budin, 1876.

(2) BARNES. — Leçons sur les opérations obstétricales ; trad. par le docteur Cordes.

qu'en totalité ou en partie, il s'insère dans la zone cervicale.

Qu'est-ce que la zone cervicale?

Barnes divise l'utérus en trois régions par deux cercles perpendiculaires à son axe et désignés sous les noms de cercle polaire supérieur et cercle polaire inférieur. La région située au-dessous du cercle polaire inférieur constitue la zone cervicale. Sa hauteur mesure 76 millimètres.

Barnes admet donc qu'il y a insertion vicieuse toutes les fois que le placenta se trouve dans la zone cervicale, à moins de 76 millimètres de l'orifice du col.

Mais, est-ce de l'orifice interne ou de l'orifice externe du col qu'il s'agit? Si Barnes veut parler de l'orifice interne, quand le col sera effacé, il faudra ajouter à ces 76 millimètres toute la hauteur de ce dernier.

Cependant, de l'examen de la figure jointe au texte de l'auteur, où l'utérus est représenté avec un orifice en voie de dilatation, par conséquent le col étant complètement effacé, il semble ressortir que ces 76 millimètres, pour Barnes, doivent partir de l'orifice de l'utérus, c'est-à-dire de ce qui était l'orifice externe du col ayant l'effacement.

Mais ces 76 millimètres représentent-ils une mensuration prise sur l'axe de l'utérus ou sur un méridien? C'est un point que nous ignorons.

Aussi acceptons-nous les données de M. Duncan, qui sont plus précises, et nous dirons :

Il y a insertion vicieuse du placenta toutes les fois que cet organe s'insère sur une surface distante, suivant un méridien, de moins de 6 centimètres de l'orifice interne du col; et pendant le travail, lorsque le col sera effacé, de moins de 10 centimètres de l'orifice utérin, à supposer que la hau-

teur du col à la fin de la grossesse, soit de 4 centimètres.

En d'autres termes, si on pouvait marquer exactement sur les membranes le point qui correspond à l'orifice interne du col, — ou à l'orifice utérin quand le col est effacé, — on devrait trouver pour affirmer l'existence d'une insertion vicieuse, dans le premier cas moins de 6 centimètres, dans le second moins de 10, de ce point au bord du placenta.

Diagnostic de l'insertion vicieuse par l'examen de la déchirure des membranes.

Ayant donc établi ce que nous entendons par insertion vicieuse du placenta, peut-on, de l'examen de la déchirure des membranes, après la délivrance, tirer une conclusion au point de vue du siège du placenta dans l'utérus ? peut-on savoir s'il était ou non dans les limites de l'insertion visieuse ?

L'œuf est contenu dans une poche formée par le placenta et les membranes. Cette poche doit s'ouvrir au niveau de l'orifice utérin pour laisser passer le fœtus. Il est généralement admis que si l'ouverture se trouve à peu près à égale distance des bords du placenta, il est légitime de penser que le lieu d'insertion de cet organe était le fond de l'utérus. Et lorsque cette ouverture avoisine un des bords, tandis qu'elle est très distante du bord opposé, on dit que le placenta était non plus au fond, mais sur une des parois latérales, plus ou moins près de l'orifice utérin, selon que la déchirure des membranes est plus ou moins rapprochée du bord placentaire. C'est ce que, depuis Levret, ont écrit

la plupart des auteurs; c'est ce qu'on enseigne aujourd'hui.

Levret (1), parlant du rapport qui existerait entre le lieu d'insertion du cordon et le placenta prævia, a montré le premier tout le parti que l'on peut tirer de la déchirure des membranes au point de vue du siège du placenta dans l'utérus.

Hugh Carmichael (2) emploie le même procédé qu'il attribue à Maygrier. De ses recherches, il résulte que c'est sur la paroi latérale et de préférence sur la paroi postérieure que s'insère le placenta à l'état normal.

Barnes est encore plus précis au point de vue de l'insertion vicieuse. « La portion du placenta qui s'est présentée « à l'orifice, écrit-il, est reconnaissable à ce que les membranes se sont rompues tout auprès. En mesurant la « distance de cette déchirure au bord inférieur du placenta, « on aura exactement la distance du placenta à l'orifice. »

Depaul, dans ses cliniques, dit à l'occasion d'un placenta ayant donné lieu à des accidents : « le placenta examiné « aussitôt après la sortie permet de reconnaître que l'insertion de cet organe s'était faite à environ trois travers de « doigt de l'orifice utérin. » Cela, évidemment, signifie qu'il y avait entre le bord du placenta et les lèvres de l'ouverture, trois travers de doigt de membranes.

M. Pinard (3) prend comme base d'un travail sur le

(1) LEVRET. — Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux, 1747.

(2) HUGH CARMICHAEL. — Dublin Quarterly Journal (1839-1840).

(3) PINARD. — De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain. In Ann. de gyn. 1886.

placenta prævia, l'examen des membranes et la distance qui sépare leur ouverture des bords du placenta. Il considère comme placentas insérés vicieusement tous ceux où il trouve de 0 à 10 centimètres entre le bord placentaire et l'ouverture de la poche de l'œuf.

Mais à côté de tous ces auteurs, il y en a d'autres qui n'accordent qu'une confiance relative aux résultats d'une pareille méthode.

M. Duncan (1), en particulier, dans son mémoire sur le placenta prævia, dit :

« Les mensurations fondées sur l'étendue de la laceration
« des membranes à partir du bord du placenta, sont, à mon
« sens, bien trompeuses; en effet, bien que les membranes
« se rompent au niveau de l'orifice du col, le point où s'est
« fait la rupture peut être de quelques centimètres plus ou
« moins éloigné du bord du placenta; de plus, la déchirure peut s'être étendue spontanément, et il y a là une
« nouvelle cause de confusion et d'erreur ».

Si, par l'examen de la déchirure on a pour but de savoir seulement si le lieu d'attache du placenta était le fond de l'utérus ou une des parois latérales, la façon de procéder jusqu'aujourd'hui qui consiste à voir si l'ouverture se trouve à peu près à égale distance du pourtour placentaire ou si elle est plus ou moins près de l'un des bords tandis qu'elle est très éloignée du bord opposé, est très suffisante.

(1) M. DUNCAN. — Sur le mécanisme de l'accouchement, etc; trad. par le docteur Budin, p. 370.

Une erreur de quelques centimètres n'a dans ce cas aucune importance.

Mais lorsqu'il s'agit de diagnostiquer le placenta prævia, il n'en est plus de même. Les reproches de M. Duncan sont ici justifiés. Une erreur de quelques centimètres est capitale puisqu'elle peut faire rentrer dans l'étude de l'insertion vicieuse des placentas insérés normalement.

En envisageant purement et simplement l'ouverture des membranes et la distance qui la sépare du placenta, on s'expose à des erreurs. Si, au contraire, comme l'enseigne M. Budin, on tient compte de la direction qu'affecte la déchirure par rapport au bord du placenta, on se trouve beaucoup plus à même de faire souvent un diagnostic exact.

Il nous faut tout d'abord bien établir que : *la déchirure des membranes dans l'immense majorité des cas se fait suivant une ligne souvent droite, quelquefois courbe et prend alors la forme d'un croissant.*

L'examen attentif d'un arrière-faix permet souvent de constater l'exactitude de ce fait. En effet, en parcourant le bord libre de la déchirure, on arrive à reconnaître ses deux extrémités, et par conséquent, le sens suivant lequel elle a eu lieu.

Quand on regarde par transparence une de ces extrémités, on remarque nettement deux angles très voisins mais ne se correspondant pas, formés par les terminaisons des déchirures respectives du chorion et de l'amnios. Si, au lieu de deux angles superposés, mais ne se correspondant pas, on n'en trouve qu'un, il est facile de le reconnaître. Lorsque dans une pièce d'étoffe, on pratique une fente, on

en reconnaît facilement les deux bouts, à leur aspect angulaire et à la possibilité de prolonger aisément cette fente en ces points. Il en est de même des membranes de l'œuf, sauf que pour ces dernières, l'examen est un peu plus délicat.

Quelquefois une ou deux petites déchirures accessoires viennent aboutir à la déchirure principale.

Dans tous les cas, et c'est ce que nous tenons à mettre en lumière, il est inexact de dire qu'à l'état physiologique, l'ouverture des membranes forme un trou absolument rond. « L'ouverture des membranes n'est pas un trou fait « à l'emporte-pièce ; elle ne constitue un orifice circulaire « que si on écarte ses bords (1). »

C'est ce qui ressort également des travaux de M. Ribemont (2), sur la résistance des membranes et la forme de la déchirure. Dans le plus grand nombre des expériences, la rupture eut lieu suivant une ligne droite ou courbe. Une seule fois la déchirure eut lieu circulairement, circonscrivant une rondelle de membranes qui devînt libre, « dis-
« position qui permet à l'enfant de venir coiffé, ce qui est
« très rare (3) ».

(1) BUDIN. — Com. à la soc. obst. de France, *in* Progrès médical, 1892.

(2) RIBEMONT. — Recherches expérimentales sur la résistance et le mode de déchirure des membranes de l'œuf humain, *in* archives de Tocologie, 1879.

(3) TARNIER et CHANTREUIL. — Traité d'accouchement.

Direction qu'affecte la déchirure par rapport au bord du placenta.

Il devient évident que la déchirure ayant lieu suivant une ligne droite ou courbe, peut affecter, par rapport au bord du placenta, une direction *parallèle*, *perpendiculaire* ou *oblique*. Le diagnostic de l'insertion vicieuse sera plus ou moins sûr ou plus ou moins incertain, selon que l'on aura affaire à l'une ou à l'autre de ces dispositions.

Pour montrer de suite combien cette distinction est importante : « Supposons, par exemple, le placenta inséré sur
« la paroi postérieure à 8 ou 10 centimètres de l'orifice
« utérin.

« Si la déchirure a lieu directement d'avant en arrière,
« c'est-à-dire perpendiculairement au bord du placenta,
« elle aboutira près de cet organe et il n'y aura pas ou
« presque pas d'intervalle entre l'extrémité de cette déchirure et le placenta (voy. fig. 1 et 2).

« Si, au contraire, la déchirure se produit de droite à
« gauche, c'est-à-dire, parallèlement au bord du placenta,
« elle restera à une certaine distance de la masse cotylé-



FIG. 1. — Placenta inséré sur la paroi postérieure de l'utérus et loin de l'orifice interne. La déchirure des membranes, dirigée perpendiculairement au bord du placenta, arrive près de cet organe.

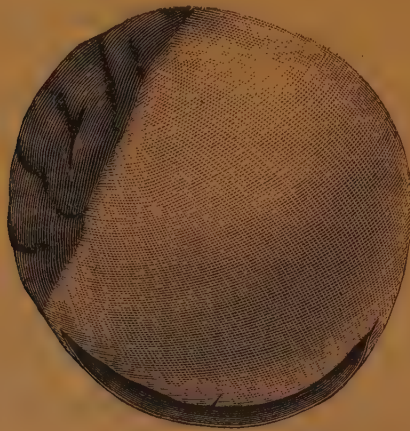


FIG. 2. — Aspect, après l'expulsion, de l'arrière-faix représenté dans la fig. 1. La déchirure des membranes, perpenpiculaire au bord du placenta, arrive par une de ses extrémités près du bord de cet organe.

« donneur et il persistera un notable lambeau de membranes entre la déchirure et le placenta (1) ». (Voy. fig. 3 et 4).

Plus d'une fois dans son service nous avons vu M. Budin nous faire la démonstration de ce fait sur la surface convexe d'un œuf. Le placenta étant dessiné à un endroit fixe, à une certaine distance d'un des pôles de l'œuf, on peut marquer, au niveau de ce pôle, deux lignes, l'une figurant une déchirure perpendiculaire, l'autre une déchirure parallèle, toutes deux ayant la même longueur. On voit alors de la façon la plus nette que, tandis que la ligne perpendiculaire

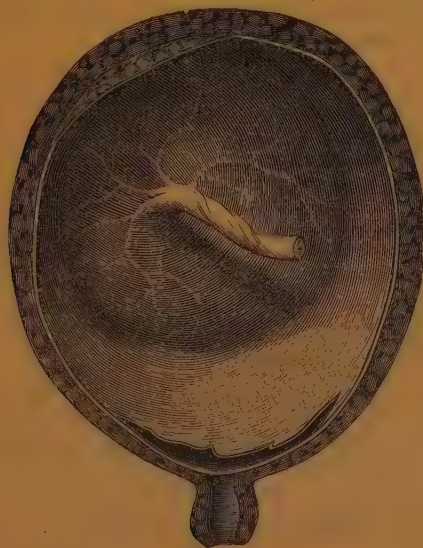


FIG. 3. — Placenta inséré sur la paroi postérieure de l'utérus. La déchirure des membranes dirigée parallèlement au bord du placenta reste toujours éloignée de ce bord.

(1) BUDIN. — Com. à la soc. obst. de France, 1892.

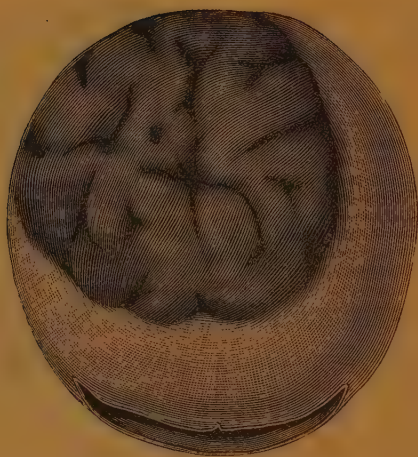


FIG. 4. — Aspect, après l'expulsion, de l'arrière-faix représenté dans la fig. 3. La déchirure des membranes parallèle au bord du placenta reste toujours éloignée de ce bord.

arrive jusqu'au placenta, la ligne parallèle reste à une notable distance du bord.

Il ressortait clairement de cette démonstration que la direction de l'ouverture des membranes devait être prise en sérieuse considération ; la distinction entre les déchirures parallèles et perpendiculaires s'imposait.

Quant aux *déchirures obliques*, nous en dirons de suite un mot et nous n'y reviendrons pas. Les lèvres de ces déchirures se trouvent assez voisines d'un bord latéral du placenta tandis qu'elles sont très éloignées du bord latéral opposé. D'un côté existe une faible étendue de membranes qui forment avec la circonférence du placenta un angle aigu ; du côté opposé, il y a une grande étendue de membranes qui forment un angle obtus avec cette même circonférence,

Suivant leur degré d'obliquité, les déchirures obliques se rapprochent des déchirures parallèles ou perpendiculaires; le plus souvent des déchirures perpendiculaires.

Maintenant, nous allons envisager en détail les cas où la déchirure des membranes est perpendiculaire et ceux où elle est parallèle.

A. *La déchirure des membranes s'est faite suivant une ligne perpendiculaire au bord du placenta.* — Une de ses extrémités est plus ou moins voisine du placenta, tandis que l'autre en est assez éloignée. Les lèvres de l'ouverture sont à peu près à égale distance des côtés latéraux du placenta (voy. fig. 1, 2, 5 et 6).



FIG. 5. — Placenta inséré sur la paroi postérieure de l'utérus et près de l'orifice interne. La déchirure perpendiculaire au bord du placenta atteint le tissu de cet organe.

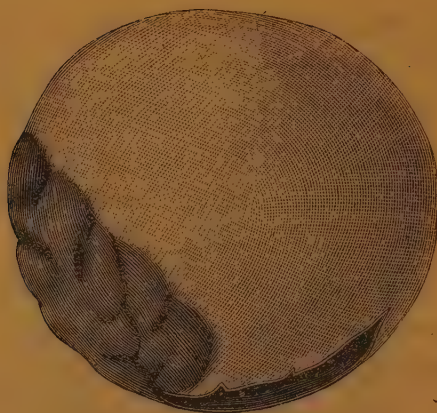


FIG. 6. — Aspect, après l'expulsion, de l'arrière-faix représenté sur la fig. 5. La déchirure des membranes, perpendiculaire au bord du placenta atteint le tissu de cet organe.

Je suppose qu'en examinant un arrière-faix, on trouve une pareille forme de déchirure arrivant jusqu'au bord même du placenta. Que peut-on en conclure ? Y avait-il une insertion vicieuse de cet organe ?

Si l'étendue de cette déchirure est supérieure à celle qui est nécessaire pour le passage du fœtus, elle ne peut nous conduire à aucun résultat. Car elle a pu se prolonger soit du côté du placenta, soit du côté opposé ; nous n'en savons rien. C'est pourquoi nous rejetons les déchirures qui ont une ouverture trop grande. Un exemple fera mieux comprendre ce que nous voulons dire. Supposons que l'ouverture des membranes, nécessaire et suffisante pour la sortie de la tête, soit de 17 centimètres, et que, sur l'arrière-faix, nous trouvions une déchirure de 25 centimètres aboutissant jusqu'au bord du placenta. Cette déchirure aurait donc 8 centimètres de trop ; elle a pu les gagner

en se prolongeant du côté du placenta ou du côté opposé ; nous ne pouvons rien en savoir.

C'est pourquoi il est indispensable de connaître quel est le minimum d'ouverture nécessaire pour permettre à la tête fœtale de passer. Ce minimum est facilement calculé d'après le volume de cette tête. Celle-ci descendant fléchie dans l'excavation ; sa plus grande circonférence est celle qui correspond au diamètre S. O. F. Elle mesure 32 cent. $1/2$ à 33 centimètres, chez un enfant à terme du poids moyen de 3,250 grammes (1). Pour qu'une déchirure des membranes puisse entourer pareille circonférence, il faut que chacun de ses côtés mesure la moitié de 32 c. $1/2$ à 33 centimètres, soit à peu près 17 centimètres. Mais les membranes sont élastiques ; après l'expulsion du fœtus, elles reviennent sur elles-mêmes ; aussi ne constate-t-on parfois qu'une ouverture de 16 centimètres, par exemple, en apparence trop petite pour le volume du fœtus.

Nous avons une déchirure perpendiculaire au bord, arrivant jusqu'à ce bord et ne possédant guère plus de 16 ou 17 centimètres de longueur. Y a-t-il là une insertion vicieuse ?

Nous répondrons presque sûrement oui, si la rupture des membranes a eu lieu à la dilatation complète ; le cas est douteux si la rupture des membranes a eu lieu d'une façon prématurée.

En effet, les membranes se rompant prématurément,

(1) BUDIN. — Gastro-élythrotomie et ablation de l'utérus. Progrès médical, 27 septembre 1877.

leur déchirure, au fur et à mesure des progrès du travail, s'étendra du côté du placenta, ainsi que du côté opposé, d'une façon vraisemblablement égale, à moins que la présence du placenta ne vienne arrêter, en ce point, l'extension de la rupture. Or, cette déchirure, qui doit avoir 16 à 17 centimètres de longueur, aboutira au bord du placenta, que celui-ci soit inséré en bas marginalement ou qu'il soit à 8 centimètres de l'orifice interne du col.

Si, par contre, la rupture des membranes n'a lieu qu'à la dilation complète, voici ce que l'on aura. L'ouverture passera par un des diamètres de l'orifice utérin complètement dilaté et qui mesure à ce moment 11 centimètres. Elle se prolongera au delà pour avoir 16 à 17 centimètres. Si elle arrive jusqu'au bord du placenta, c'est que celui-ci était très probablement à 3 centimètres environ de l'orifice utérin complètement dilaté. La partie de l'utérus comprise entre l'orifice utérin et 3 centimètres plus haut, représente à peu près ce qu'était le col. On peut donc affirmer qu'on a affaire ici à une insertion vicieuse marginale du placenta.

Nous nous résumons :

La déchirure des membranes perpendiculaire au bord du placenta, si on veut qu'elle ait quelque valeur pour le diagnostic de l'insertion vicieuse du placenta, doit ne posséder que le minimum d'étendue nécessaire pour la sortie du fœtus.

Si la rupture des membranes a lieu prématurément, on ne peut guère affirmer si oui ou non il y avait insertion vicieuse du placenta, même lorsque la déchirure arrive jusqu'au bord,

Mais lorsque la rupture des membranes a lieu à la dilatation complète, on peut affirmer l'existence d'une insertion vicieuse du placenta, marginale ou latérale, selon que la déchirure arrive jusqu'au bord ou qu'elle en reste à une faible distance.

B. *La déchirure des membranes a lieu parallèlement au bord du placenta.* — Souvent, dans ce cas, cette déchirure, dans une étendue variable, rase le bord du placenta, puis s'en éloigne plus ou moins de chaque côté. Quand l'ouverture se trouve à quelques centimètres du placenta, il existe un lambeau de membranes, attenant au bord, parallèle à lui, tandis que du côté opposé le reste des membranes forme une vaste poche. Voilà ce que l'on constate à l'examen de l'arrière-faix (voy. fig. 3, 4, 7 et 8).



FIG. 7. — Placenta inséré sur la paroi postérieure de l'utérus près de l'orifice interne. — La déchirure des membranes est parallèle au bord du placenta.



FIG 8. — Aspect, après l'expulsion, de l'arrière-faix représenté sur la fig. 7. La déchirure des membranes est parallèle au bord.

Il n'est nullement indispensable d'avoir ici une ouverture des membranes tout juste suffisante pour le passage du fœtus. Si la déchirure se prolonge à ses deux extrémités, cela n'a guère d'importance, puisque sa partie moyenne, qui est en général la plus voisine du placenta, demeure à une distance invariable de cet organe.

De plus, qu'il y ait rupture des membranes prématurément, dans le cours du travail ou à la dilatation complète, cela est indifférent. Toutes les fois que la déchirure, parallèle au bord, rase le bord ou en sera distante de quelques centimètres seulement, on peut affirmer qu'il s'agissait d'une insertion vicieuse du placenta, soit marginale, soit latérale.

En effet, si la rupture des membranes a lieu prématurément, la déchirure passera très probablement par l'orifice

interne du col et l'on aura, sur l'arrière-faix, représentée par la distance qui sépare le bord du placenta des lèvres de cette déchirure, exactement celle qu'il y avait entre le placenta et l'orifice interne du col.

Que la rupture des membranes ait lieu dans le cours du travail, immédiatement après l'effacement du col, la déchirure passera très probablement par l'orifice utérin. On aura, de cette déchirure au bord du placenta, la même distance qui séparait cet organe de l'orifice utérin.

Quand la rupture des membranes ne s'effectue qu'à la dilatation complète, il y a une cause d'erreur qui consiste en ceci : On peut, à cause de la distance considérable qu'il y a parfois entre la déchirure des membranes et le bord du placenta, écarter l'idée d'une insertion vicieuse alors que cette insertion vicieuse existe. Pour être plus clair, supposons le placenta inséré sur la paroi postérieure de l'utérus. Si les membranes se déchirent à la dilatation complète parallèlement à son bord, cette déchirure peut se faire soit du côté de la lèvre postérieure de l'orifice utérin, soit transversalement en passant par le milieu de cet orifice, soit enfin du côté de la lèvre antérieure. Il est évident qu'à l'examen de l'arrière-faix, le placenta ayant été inséré au même endroit, on aura entre lui et l'ouverture des membranes une distance variable, petite ou grande, selon que la déchirure aura eu lieu du côté postérieur, au milieu ou du côté antérieur de l'orifice utérin. En aucun cas, cette distance ne sera inférieure à celle qui existe effectivement entre le placenta et cet orifice utérin. C'est plutôt le contraire qu'on observe parfois.

En résumé, nous dirons qu'une déchirure des membranes, parallèle au placenta, permet toujours d'affirmer l'insertion vicieuse du placenta, soit qu'elle rase le bord, soit qu'elle passe à une faible distance de ce bord.

CONCLUSIONS.

1° Le diagnostic de l'insertion vicieuse du placenta, par l'examen de l'ouverture faite aux membranes de l'œuf pour la sortie du fœtus, est beaucoup moins simple et moins facile qu'on ne le croit généralement.

2° La constatation de la plus faible distance qui sépare le bord du placenta de la déchirure des membranes est absolument insuffisante.

3° Il est de toute nécessité de tenir compte de la direction de la déchirure par rapport au bord du placenta.

4° Quand la déchirure est parallèle au bord du placenta, on peut, dans la très grande majorité des cas, faire un diagnostic certain de l'insertion vicieuse.

5° La déchirure perpendiculaire au bord, pour être prise en considération, doit avoir le minimum d'étendue nécessaire pour le passage du fœtus.

Dans ce cas, si elle a eu lieu prématurément, on ne peut guère affirmer l'existence d'une insertion vicieuse, bien que celle-ci soit possible.

Si elle a eu lieu à la dilatation complète de l'orifice utérin, elle permet d'arriver à un résultat plus certain.

Donc, le moment où s'est produite la rupture des membranes est important à noter.

6° La déchirure des membranes oblique par rapport au bord du placenta, se rapproche suivant son degré d'obliquité tantôt de la déchirure parallèle, tantôt de la déchirure perpendiculaire, et rentre par conséquent dans l'étude de ces dernières.

7° Il va de soi que si les membranes sont trop dilacérées ou si elles sont incomplètes, en aucun cas on ne peut en tirer parti.

II

Si nous nous sommes livré à l'étude du diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse du placenta, c'est que dans des cas relativement nombreux, où des hémorrhagies survenues pendant la grossesse ou le travail, avaient pu faire supposer l'existence d'un placenta prævia, l'examen de l'arrière-faix a nettement démontré qu'il n'en était rien.

Dans d'autres cas au contraire, où rien ne faisait prévoir une insertion vicieuse du placenta, car il n'y avait eu ni hémorrhagie, ni rupture prématurée des membranes, nous avons été étonné de voir la déchirure des enveloppes de l'œuf arriver très près du placenta.

La statistique des faits que nous avons réunis suffira pour témoigner de l'exactitude de ces deux propositions.

Nous donnons ci-dessous un tableau résumant nos observations.

Toutes celles où l'ouverture des membranes se trouvait à plus de quatre centimètres du bord du placenta ont été éliminées de parti pris pour nous éloigner le plus possible de toute chance d'erreur. Nous considérons comme inser-

tions vicieuses du placenta certaines, tous les cas où la déchirure des membranes a été parallèle à son bord. Nous ne pouvons pas exprimer la même certitude pour tous ceux où la déchirure des membranes a été perpendiculaire ou oblique par rapport à ce bord. Nous les rapportons néanmoins parce que c'est parmi eux que nous avons rencontré le plus souvent la rupture prématurée des membranes et que quelques-uns d'entr'eux ont donné lieu à des accidents.

**Cas où la déchirure des membranes a été parallèle au
bord du placenta.**

N° de l'accouchement Année 1892	Distance de la déchirure au bord du placenta	Moment de la rupture des membranes	Accidents
612	o cont.	Dilat. complète	Néant
623	o	id.	Hémorrhagies par décolle- ment du placenta
638	1	id.	Néant
775 (Obs. VIII)	4	id.	Légère hémorrhagie sans décollement
882	o	id.	Néant
934	o	id.	id.
979	o	artificiel au mi- lieu du travail	Hémorrh. par décollement
1009	o	Dilat. complète	Neant
1028	qqc ^{cont}	Artificiel au dé- but du travail	Hémorrh. par décollement
1049	3	Dilat. complète	Néant
1050	o	id.	id.
1061	o	id.	id.
1064	o	Milieu du trav.	id.
M ^{me} A	o	Dilat. complète	id.

Année 1893

66	o	id.	id.
67	3	id.	id.
73	o	Prématurée	id.
86	o	Dilat. complète	id.
88	2	id.	id.
103	o	id.	id.
104	1	id.	id.
160	1	Milieu du trav.	id.
178	o	Dilat. complète	id.
213	o	id.	id.
256	o	id.	id.
337	1	Prématurée	Hémorrh. par décollement
385	o	Dilat. complète	Néant
413	4	id.	id.
430	3	id.	id.
Obs. XI	o	id.	Hémorrh. sans décollement

Cas où la déchirure des membranes a été perpendiculaire au bord du placenta.

N° de l'accouchement Année 1892	Distance de la déchirure au bord du placenta	Rupture des membranes	Accidents
586	0 ^{cent.}	Dilat. complète	Néant
853	0	Prématurée	id.
858	0	Dilat. complète	id.
881	0	id.	id.
884	2	id.	id.
928	0	Prématurée	id.
930	2	Dilat. complète	id.
992	0	id.	id.
1002	1	Prématurée	id.
936	0	id.	id.
Année 1893			
69	4	Dilat. complète	id.
102	3	Prématurée	id.
106	4	Dilat. complète	id.
137	0	id.	id.
148	2	id.	id.
156	1	id.	id.
236	0	id.	id.
241	3	id.	id.
307	0	Prématurée	id.
322	1	id.	id.
388	0	Dilat. complète	id.
424	2	id.	id.
427	2	id.	id.
Obs. X	qq ^{scent.}	id.	Hémorrhagies sans décollement

Cas où la déchirure des membranes a été oblique par rapport au bord du placenta.

N° de l'accouchement Année 1892	Distance de la déchirure au bord du placenta	Rupture des membranes	Accidents
583	3 cent.	Dil. compl.	Néant
630	4	id.	id.
855	2	id.	id.
900	2	id.	id.
911	2	Artific ^{le} pendant le travail	Hémorrhagie par décollement
922 ^(Obs. II)	4	Artific ^{le} pendant la grossesse	Hémorrhagies sans décollement
1005	4	Dil. compl.	Néant
Année 1893			
94	4	id.	id.
98	3	id.	id.
111	0	Au début du travail	id.
112	4	Dil. compl.	id.
130 ^(Obs I)	1	Artific ^{le} vers la fin du travail	Hémorrhagies sans décollement
146	1	Dil. compl.	Néant
152	2	id.	id.
189	2	id.	id.
199	3	id.	id.
233	2	id.	id.
251	4	Prématurée	id.
253	4	Dil. compl.	id.
255	3	id.	id.
299	3	Au début du travail	id.
389	2	Dil. compl.	id.
417	3	id.	id.
423	0	Au cours du travail	id.

Observations d'hémorrhagie pendant la grossesse ou le travail, avec insertion normale du placenta.

OBS. IX. — Autopsie. Le bord inférieur du placenta est à 8 centimètres du col.

OBS. V. — La déchirure des membranes a eu lieu au pôle opposé au placenta.

OBS. VI. — Idem.

OBS. IV. — L'extrémité de la déchirure arrive à 6 ou 7 centimètres du placenta.

OBS. VII. — Les membranes sont dilacérées, mais le placenta, par l'introduction de la main dans l'utérus, a été senti au fond.

OBS. III. — Déchirure des membranes parallèle au bord à 10 centimètres du placenta.

Ainsi, sur 84 observations, il y a eu 6 fois hémorrhagie soit pendant la grossesse, soit pendant le travail et il nous a été démontré qu'il ne s'agissait nullement d'une insertion vicieuse du placenta.

Sur 78 observations où la déchirure des membranes était très voisine du bord du placenta, 57 fois la poche des eaux ne se rompit qu'à la dilatation complète ou presque

complète; 68 fois il n'y eut aucun accident ni pendant la grossesse, ni pendant le travail.

15 fois seulement nous avons noté la rupture prématurée des membranes et 10 fois l'hémorrhagie; 6 fois on fit la déchirure artificielle des membranes.

Il nous semble donc qu'on a beaucoup exagéré la fréquence de la rupture prématurée des membranes et de l'hémorrhagie dans l'insertion vicieuse marginale ou latérale du placenta.

Nous avons dit que 15 fois sur 78 observations, il y eut rupture prématurée des membranes, soit 19.2 o/o. Nous devons faire remarquer que sur ce chiffre, 11 fois la déchirure des membranes était perpendiculaire ou oblique par rapport au bord du placenta; que, par conséquent, l'insertion vicieuse dans ces derniers cas, quoique probable, n'était pas certaine.

Nous avons dit que 10 fois sur 78 cas, il y eut une perte sanguine pendant la grossesse ou pendant le travail, soit une proportion de 12.8 o/o. Donc l'hémorrhagie dans les cas d'insertion vicieuse du placenta serait loin d'être fatale. Ceci nous conduit à rechercher d'autres causes pouvant amener cet accident.

La théorie qu'on invoque habituellement pour expliquer la production de l'hémorrhagie pendant la grossesse est celle de Jacquemier. L'accroissement du segment inférieur de l'utérus est surtout marqué dans les trois derniers mois de la grossesse. Or, à ce moment, le placenta a presque complètement achevé son développement; tandis qu'il reste stationnaire, le segment inférieur s'étend,

augmente considérablement de surface. Les insertions du placenta vont donc être tirillées; il y aura une séparation de quelque cotylédon et une hémorrhagie consécutive.

Deux théories principales expliquent l'hémorrhagie pendant le travail, celle de Duncan et celle de Schröder.

Théorie de Duncan. — La portion inférieure de l'utérus représente à la fin de la grossesse un segment de sphère qui doit s'ouvrir, se transformer en un canal cylindrique pour laisser passer le fœtus. Les parois de ce segment de sphère vont donc s'éloigner, sa surface va s'élargir d'une façon très notable. Le placenta ne pourra pas suivre ce mouvement d'expansion et il se décollera.

Théorie de Schröder. — Schröder admet que le placenta possède une grande facilité pour s'accommoder soit à une expansion exagérée, soit à un retrait considérable de l'utérus. Il explique l'hémorrhagie qui survient pendant le travail par le glissement de la paroi utérine sur l'œuf.

A l'état normal, quand le placenta est au fond de l'utérus, le glissement de la paroi utérine produit la séparation des membranes et la formation de la poche des eaux. Lorsque le placenta est sur le segment inférieur, ce glissement de l'utérus tendra à produire, en même temps que la séparation des membranes, le décollement du placenta. Mais si l'on rompt les membranes, le placenta pourra remonter avec le segment inférieur et il n'y aura pas de nouveau décollement.

Toutes ces théories supposent un décollement du placenta. Nous ne l'avons rencontré que deux fois pendant la

grossesse (Accouchements n° 623, année 1892, et n° 337, an. 93) et trois fois pendant le travail (Accouchements n°s 911, 979 et 1028, année 1892). Il n'y en avait pas trace dans les cinq autres observations d'hémorrhagie où le placenta était inséré sur le segment inférieur (Observations I, II, VIII, X et XI). Il en était de même dans les six observations d'hémorrhagie où le placenta était plus ou moins loin du col ou au fond de l'utérus.

Il nous faut donc chercher une origine autre que le décollement, à ces hémorrhagies. C'est ce que nous allons étudier dans le chapitre suivant,

III.

Hémorrhagies de la grossesse et du travail dues à une rupture du sinus circulaire.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que l'hémorrhagie qui se déclare dans les derniers temps de la grossesse est généralement attribuée à un décollement du placenta. Si les théories pour en expliquer le mécanisme diffèrent sensiblement entre elles surtout lorsqu'il s'agit d'insertion vicieuse, l'accord est presque unanime sur le fait même de ce décollement.

Cependant, lorsqu'une portion du placenta se sépare de la paroi utérine, elle subit diverses modifications qui la font aisément reconnaître quand on examine l'arrière-faix. Gendrin (1) a décrit longuement ces modifications ; sa description demeure encore classique aujourd'hui. La portion du

(1) GENDRIN. — Traité de médecine pratique, 1839. — Second vol.

placenta détachée est rapidement thrombosée. Le sang infiltre son tissu, s'y coagule; sa surface également se recouvre de caillots. En même temps que ce tissu s'atrophie et se dégénère, le sang coagulé perd sa matière colorante et il apparaît plus ou moins décoloré selon qu'il s'écoule un temps plus ou moins long entre le début de l'hémorrhagie et l'expulsion du délivre. Si, quelque temps après le premier, un second décollement a lieu, on trouve à côté de modifications anciennes, des lésions relativement récentes.

Nous avons eu l'occasion, dans le service d'accouchement de la Charité, de recueillir plusieurs observations de ce genre.

Mais à côté de ces faits, sur lesquels nous n'avons pas à insister, il y a des cas où, après une ou plusieurs hémorrhagies de la grossesse ou du travail, on ne peut découvrir dans le placenta aucune altération, aucune trace de décollement. Par contre, on voit à la périphérie ainsi que sur les membranes, des caillots de date plus ou moins ancienne. Quand l'hémorrhagie est récente, si on soulève avec précaution le caillot qui occupe le bord du placenta, on peut constater qu'il se continue à travers une ouverture du sinus circulaire avec un caillot semblable distendant parfois ce vaisseau. Il ne s'agit ici que d'une rupture du sinus circulaire qui, seul, a fait tous les frais de l'écoulement sanguin. Qu'est-ce donc que le sinus circulaire?

Description du sinus circulaire.

Le sinus circulaire est un vaisseau situé à la périphérie du placenta. Il ne forme pas autour de cet organe un cercle complet, mais est constitué par deux, trois ou quatre portions qui occupent la plus grande partie de la circonférence placentaire. Entre ces différentes portions, il fait totalement défaut. Tandis que sur certains placentas, il est d'un développement et d'une netteté remarquables, sur d'autres, au contraire, assez rares, sa recherche est un peu laborieuse ; il manque en beaucoup d'endroits.

Ses dimensions ne sont pas les mêmes sur tout son parcours. Quelquefois assez petit, il a habituellement à peu près le volume du petit doigt ; parfois même il est plus grand. On a décrit à ce vaisseau des renflements : Ces portions très dilatées qui s'étendent du côté des membranes sur une surface de 3 ou 4 centimètres ne se rencontrent pas toujours. Quand ces renflements existent, on n'en compte qu'un, d'autre fois deux ou trois.

Si on tend légèrement les membranes pour examiner le vaisseau, on constate à sa surface plusieurs orifices. Ces

ouvertures se sont produites pendant la délivrance, au moment du décollement ; c'est par elles que le sang du sinus circulaire communiquait avec le sang des sinus utérins. Leur nombre est variable ainsi que leurs dimensions. Arrondies ou irrégulières, elles ont le volume moyen d'une grosse lentille ; d'autres sont deux ou trois fois plus grandes. Ces dernières siègent surtout au niveau des renflements. On voit fréquemment, surtout lorsque des caillots dans leur intérieur viennent en révéler la présence, de grosses veines qui partent du sinus et cheminent dans l'épaisseur de la caduque, suivant un trajet de 1 centimètre, quelquefois de 5 ou 6 centimètres. On en trouve en général deux ou trois, parfois un plus grand nombre.

Sur la partie du sinus correspondant au bord inférieur du placenta, on voit souvent des caillots récents qui, des membranes, se continuent très nettement dans l'intérieur du sinus par un des orifices qui le mettaient en communication avec les vaisseaux maternels, ou par une ouverture accidentelle. Assez rarement, le caillot est assez volumineux pour remplir la lumière de ce canal. Plus souvent on le voit, là et ailleurs sur une grande étendue, par transparence, sous l'aspect d'une ligne noirâtre, caillot filiforme qu'on déplace facilement par la pression du doigt. Une explication satisfaisante de cette grande disproportion entre ce caillot et les dimensions du sinus est donnée par Delore. Pendant la délivrance, au premier temps, le placenta ainsi que le sinus sont remplis de sang encore à l'état liquide. Mais l'utérus, grâce à sa rétraction et ses contractions, exprime fortement l'arrière-faix comme une éponge gorgée d'eau. C'est pourquoi habituellement les cotylédons ne

renferment presque pas de sang et, dans le sinus circulaire, il n'en reste qu'une faible partie qui donne lieu à ce caillot filiforme.

Si, par une de ses ouvertures, on introduit dans le sinus une sonde cannelée, on peut sur cette sonde inciser ce vaisseau et de cette manière, en étudier la cavité et ses nombreuses communications avec le placenta.

La paroi qui tapisse cette cavité, d'un blanc nacré, est absolument lisse et dépourvue de villosités. M. Duncan considère cette dernière circonstance comme très importante. « Car, dit-il, l'absence de ces touffes vilieuses qui rempliraient et oblitéreraient le sinus s'il était vide et affaissé ou si la circulation y était troublée d'une autre façon, cette absence de villosités est probablement la cause qui fait que le sinus n'est le siège d'aucune thrombose comme celle qui existe dans les espaces sanguins du placenta. »

Parfois des cloisonnements fibreux, divisent cette cavité. Du côté du placenta on observe tantôt une membrane interne propre, unie ou fenêtrée et laissant alors voir à nu, le tissu rougeâtre des villosités; tantôt de petites colonnettes fibreuses, les unes très fines, les autres possédant jusque près d'un millimètre de diamètre; parfois rangées en séries parallèles et régulières perpendiculaires à la surface du chorion sur lequel elles s'implantent, ou bien s'anastomosant entre elles, affectant toutes les dispositions possibles et circonscrivant un nombre infini de petits orifices. C'est par ces milliers de petits orifices que le sang de toute la région alvéolaire est mis en rapport avec le sang du sinus circulaire.

Ailleurs ces colonnettes fibreuses et cette membrane interne font défaut et, à leur place, s'ouvrant largement dans le sinus, c'est un espace sanguin ou même un lac sanguin large de 2 ou 3 centimètres et pénétrant plus ou moins profondément entre le chorion et le tissu cotylédonnaire. Ailleurs enfin, ce sont les sinus inter-cotylédonnaires qui viennent s'aboucher dans ce canal.

On peut distinguer au sinus circulaire trois parois. Elles apparaissent nettement quand on tend les membranes, cette tension ayant pour effet de rendre béante la cavité de ce vaisseau.

Une paroi en rapport avec le placenta, celle-ci est quelquefois, pour ainsi dire négative. Elle est constituée dans sa plus grande étendue par les colonnettes fibreuses dont nous avons parlé et par les innombrables orifices qu'elles circonscrivent. Elle fait entièrement défaut, là où existent des lacs sanguins périphériques.

Une paroi, supérieure quand le placenta repose par sa face foetale sur une table, en rapport avec la caduque et l'utérus. Elle est très-fragile, se déchire facilement. C'est à son niveau qu'on trouve les différentes ouvertures produites pendant la délivrance par la rupture des points d'union du sinus circulaire avec les vaisseaux utérins. Elle s'attache d'une part sur le rebord du placenta, d'autre part, elle vient sur les membranes se réunir à la troisième paroi. Celle-ci, en général plus étendue, repose sur le chorion, pénètre légèrement sous le bord du placenta qui la surplombe. Là, les colonnettes fibreuses en fixent la limite. Mais où ces colonnettes fibreuses font défaut, remplacées qu'elles sont par un grand lac sanguin, cette paroi se

continue sans ligne de démarcation avec le chorion qui forme le fond de ce lac sanguin. D'autre fois, mais plus rarement, il n'existe que deux parois au sinus circulaire, l'une en rapport avec les membranes, l'autre avec l'utérus. Il est alors tout à fait en dehors du placenta.

Les deux parois peuvent être en rapport l'une avec le placenta, l'autre avec l'utérus. Dans ce dernier cas, le sinus n'apparaît nettement que sur une coupe (1).

(1) Nous avons écrit ce chapitre sur l'anatomie du sinus circulaire après avoir lu les descriptions qu'en donnent Jacquemier, Duncan et Delore, et constaté, avec l'obligeant concours de M. Legry, sur un nombre considérable de placentas, l'exactitude de ces descriptions.

Pour étudier avec plus de détails le sinus circulaire, il serait évidemment très intéressant de pouvoir injecter les vaisseaux utérins chez une femme enceinte et ayant succombé à un moment voisin du terme de sa grossesse. N'ayant pas eu l'occasion d'observer de cas de ce genre, nous nous sommes contentés, avec M. Legry, d'étudier le sinus circulaire sur des placentas de cobayes pleines près du terme. Nous avons opéré de différentes façons. Nos injections ont été pratiquées tantôt dans l'aorte abdominale, tantôt dans les artères utérines. La matière injectée était du suif ou de la gélatine colorés en bleu. Les animaux étaient préalablement saignés. Dans deux cas même, nous avions, une heure avant de tuer l'animal par hémorrhagie, injecté dans la veine jugulaire deux grammes de bicarbonate de soude en solution concentrée afin de maintenir l'état liquide du sang et de permettre de vider aussi complètement que possible le système circulatoire. Dans ces deux derniers cas, les injections de la matière colorante étaient faites sous l'eau à une température voisine de 37°.

Or, malgré toutes ces précautions, sur un total de cinq animaux, nous n'avons réussi que deux fois à faire pénétrer la matière colorante dans l'épaisseur de la masse placentaire.

Dans un cas, on voyait à la coupe du placenta, trois ou quatre traînées de la substance colorante sillonnant l'organe; mais rien n'indiquait qu'elle eût pénétré dans le sinus circulaire.

Dans l'autre cas, le sinus circulaire se trouvait en partie injecté et, par contre, on ne voyait dans le reste du placenta, aucun vestige de matière colorante.

Toutes ces expériences demanderaient donc à être complétées, car

Or c'est la rupture sur un point de ce vaisseau que nous venons de décrire qui est parfois d'origine de l'écoulement sanguin survenant pendant la grossesse ou le travail. Quoique signalée dans la littérature obstétricale, cette source d'hémorrhagie avait passé inaperçue.

Jacquemier (1) le premier, insiste particulièrement sur ces faits :

« La rupture d'une ou de plusieurs veines utéro-placentaires ne doit pas toujours faire naître l'idée du décollement d'une partie du placenta. Les veines si grosses et si nombreuses qui entourent le placenta en forme de couronne, et celles qui viennent s'y rendre après un trajet de plus de deux pouces dans l'épaisseur de la membrane caduque, sont soumises aux mêmes efforts et sont moins bien soutenues que celles qui correspondent au placenta. Aussi sont-elles souvent le siège unique de la rupture. Pendant que j'étais à la Maternité, j'ai examiné avec un grand soin le placenta de presque toutes les femmes qui avaient eu des hémorrhagies, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail; j'ai trouvé sur plusieurs la preuve évidente que la

nous ne pouvons tirer des faits qui précèdent aucune conclusion formelle relativement aux relations qui existent, au point de vue de la circulation placentaire-entre le sinus circulaire et les vaisseaux qui serpentent à l'intérieur de l'organe.

Un fait demeure toutefois, que nous avons pu constater sur un grand nombre de coupes que nous a montrées M. Legry, c'est la présence, au pourtour de la surface du placenta adhérente à l'utérus, d'un canal circulaire reproduisant absolument la disposition du sinus circulaire chez la femme. (Soc. anat., juillet 1893).

(1) JACQUEMIER. — Arch. gén. de méd., 1839, 3^e série, t. V, p. 330-31.

perte avait eu pour siège la circonférence du placenta, sans que celui-ci présentât de traces de décollement antérieur. »

M. Duncan (1), étudiant les causes de l'hémorrhagie dans le placenta prævia, dit :

« La seconde cause est la rupture d'un sinus marginal utéro-placentaire. Nulle part ces vaisseaux ne sont plus largement développés qu'au pourtour du placenta, et le sang peut s'écouler par une rupture sans qu'il y ait séparation d'aucune portion du tissu placentaire. Le sang passe directement entre la caduque et la paroi utérine, et s'échappe dans le vagin, en traversant le col.

Cette source d'hémorrhagie, pendant la grossesse, dans les cas de placenta prævia, ne saurait être admise lorsque l'insertion de cet organe est centrale ou presque centrale; mais elle peut exister quand le bord du placenta est situé sur un point quelconque du cercle qui, sur l'hémisphère inférieur de l'utérus, constitue la limite de l'aire de détachement spontané. »

Enfin, récemment, X. Delore est revenu sur l'importance qui doit être accordée au sinus circulaire dans les hémorrhagies de la grossesse et du travail.

Cependant Mlle B. Dylion (2), dans une thèse fort intéressante, traite assez dédaigneusement l'opinion de Duncan.

(1) M. DUNCAN. — Sur le mécanisme de l'accouchement, etc. p. 336.

(2) BERTA DYLION. — De l'insertion vicieuse du placenta. Essai de clinique thérapeutique. Thèse de Paris, 1890.

« Les idées de l'éminent professeur d'Edimbourg, dit-elle à propos du sinus circulaire, n'ont pas eu un grand succès, car la clinique ne semble pas montrer fréquents les faits qu'il a observés ; d'ailleurs, il serait trop facile de les réfuter théoriquement, car comment expliquer ces diverses variétés d'hémorrhagie sans admettre le décollement d'une partie du placenta, si minime qu'elle soit ? »

Mlle Dylion résume ainsi l'opinion de la plupart des accoucheurs.

Ces faits, que la clinique ne semble pas montrer fréquents, nous en avons cependant pu réunir un certain nombre en moins d'une année.

Voici les observations :

OBSERVATION I.

Résumé. — Multipare. — Hémorrhagie survenant pendant le travail au moment où la dilatation est presque complète. — Rupture artificielle des membranes. — Cessation de l'hémorrhagie. — Accouchement spontané. — Rupture du sinus circulaire.

La nommée B. (accouchement n° 130, année 1893) est une multipare âgée de 35 ans. De quatre enfants qu'elle a eus à terme, un seul est actuellement vivant. Il a 5 ans.

Ses dernières règles remontent au mois de mai 1892. Rien de particulier à noter pendant la grossesse. Le 14 février 1893, au matin, elle perd un peu de sang, et comme cela s'est produit à chacun de ses accouchements antérieurs, elle pense qu'elle est en travail et se rend au service d'accouchement de la Charité à deux heures de l'après-midi.

L'enfant se présentait par le sommet, en position transversale. Vers dix heures un quart du soir, la dilatation étant presque complète, cette femme perdit une quantité assez abondante de sang par les organes génitaux, ce qui fit penser aux personnes de garde qu'il y avait un placenta inséré vicieusement. On ne put, par le toucher, sentir aucun cotylédon. On rompit les membranes et l'écoulement sanguin, évalué à 500 grammes environ, s'arrêta complètement.

A onze heures un quart, la tête apparaît à la vulve. A onze heures et demie, expulsion d'un enfant du sexe masculin qui pèse 3,570 grammes. Il est pâle, il respire mal et crie à peine. On lui fait des frictions avec de l'alcool et des flagellations sur les fesses. A l'aide du doigt, on enlève des mucosités qui obstruaient la partie supérieure de l'appareil respiratoire. Les cris deviennent de plus en plus forts.

Vingt minutes après, délivrance naturelle, le placenta étant entièrement dans le vagin. Les membranes sont complètes. Leur déchirure est oblique par rapport au bord du placenta; elle a de 15 à 16 centimètres de longueur et arrive tout près de la circonférence, à un centimètre environ. A ce niveau il existe, sur le pourtour du placenta et sur les membranes, un caillot rouge adhérent datant du début du travail et qui mesure 8 à 9 centimètres de longueur. En soulevant ce caillot et en l'examinant avec soin, on constate de la façon la plus évidente que, libre partout, il se continue en un point par un prolongement dans le sinus circulaire. En ce point du sinus circulaire, il y a sur le bord du placenta, recouverte par le caillot, une petite lacune sanguine périphérique s'ouvrant largement dans le sinus.

On peut suivre le caillot jusque dans cette lacune où il y a du sang coagulé.

Le placenta, absolument normal, ne présente rien de particulier. Il ne présente aucune trace de décollement des cotylédons. Il a une forme un peu spéciale : vers sa partie moyenne, il paraît rétréci et se trouve comme divisé en deux portions inégales. — (Voy. fig. 9).

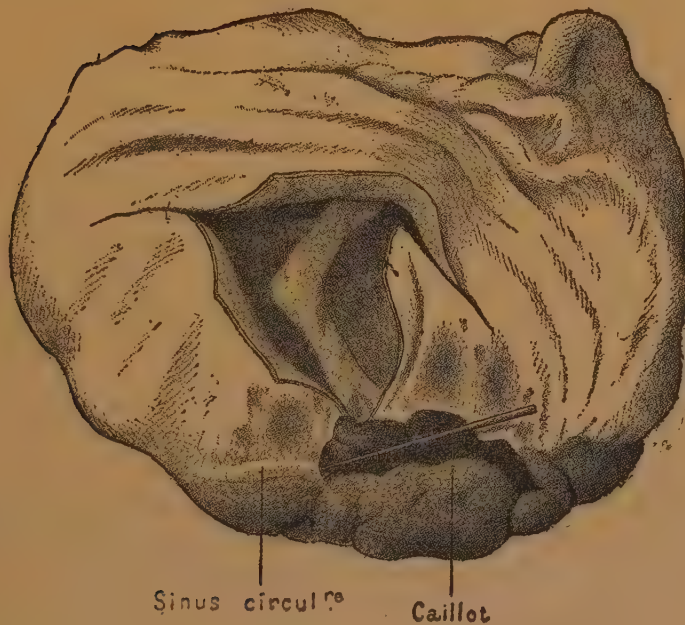


FIG. 9.

OBSERVATION II.

Secondipare. — Hémorrhagies répétées et abondantes pendant la grossesse. — Rupture artificielle des membranes. — Cessation de l'hémorrhagie. — Accouchement. — Aucune trace de décollement du placenta. — Hémorrhagie du sinus circulaire.

Mad. B. (accouchement n° 922, année 1892), secondipare, est âgée de 30 ans. Elle a toujours joui d'une assez bonne santé.

Sa première grossesse remonte à dix ans. Elle ne présenta rien de particulier et se termina par un accouchement spontané à terme. L'enfant fut mis en nourrice au sein : il est actuellement vivant et bien portant.

Les dernières règles datent du 15 mars 1892. Quelques nausées et vomissements marquèrent le début de la grossesse. Aucun autre incident jusqu'au 14 octobre où, sans aucune cause apparente, (Mad. B. avait passé une grande partie de la journée debout, mais cela lui arrivait tous les jours), vers six heures moins dix du soir, comme elle préparait une injection de morphine pour un malade, elle se sentit brusquement mouillée. Elle venait de perdre une grande quantité de sang. Aussitôt, elle se rendit dans le service d'accouchement de la Charité. On y constata que l'enfant était vivant et qu'il existait des contractions utérines. On la mit au repos absolu au lit, on lui donna un lavement laudanisé, puis on lui fit une injection de morphine. L'écoulement sanguin s'arrêta et les contractions utérines

disparurent. Son état devint bientôt très satisfaisant ; elle se reposait une grande partie de la journée et se levait pendant quelques heures. Cela dura jusqu'au dimanche 6 novembre ; sa famille, qui était venue la voir, venait de la quitter, à trois heures de l'après-midi, quand, étant assise sur sa chaise, elle perdit tout à coup une grande quantité de sang qui inonda le parquet. On la mit aussitôt dans son lit et on lui fit une injection chaude qui parut arrêter l'hémorrhagie. A partir de ce moment, Mad. B. se plaignit de douleurs continues dans le bas-ventre et, par intervalles, elle eut des contractions douloureuses.

Malgré le repos et l'injection chaude, une demi-heure environ après la perte de sang, une nouvelle hémorrhagie se produisit, de 200 grammes à peu près.

Les contractions utérines étaient fréquentes, subintrantes. Les bruits du cœur fœtal étaient bons et l'enfant se présentait par le sommet, en position occipito-iliaque gauche transverse.

On se demanda si on devait donner à la mère de l'opium pour arrêter les contractions et tâcher d'obtenir la continuation de la grossesse jusqu'à terme, ou s'il ne valait pas mieux rompre de suite les membranes. Dans la crainte qu'une nouvelle hémorrhagie plus abondante ne se produisit, on se décida pour ce dernier parti.

Rien, en dehors du symptôme hémorrhagie, n'autorisait à penser à l'existence d'un placenta vicieusement inséré. On n'avait point constaté d'épaississement du segment inférieur de l'utérus ; les membranes étaient minces ; on ne sentait point le bord du placenta.

L'orifice externe était largement béant ; le canal cervical n'avait qu'un centimètre et demi environ de hauteur ; la partie du col en rapport avec la tête présentait un orifice très resserré, un diaphragme à bord tranchant. Les membranes étaient exactement appliquées sur la tête. On aurait pu les croire rompues, mais le doigt à leur contact éprouvait une sensation lisse et il

pouvait les faire glisser sur la tête. On les perfora à l'aide du perce-membranes, puis l'index, introduit dans la déchirure, la prolongea à droite et à gauche. On souleva ensuite un peu la tête et il s'écoula environ 200 grammes de liquide teinté en rose. L'hémorragie s'arrêta complètement. Les contractions utérines devinrent plus régulières.

Le travail marcha assez rapidement et à huit heures du soir un enfant du poids de 2,325 grammes fut expulsé. Presque immédiatement, avant qu'on eut fait la ligature du cordon, l'arrière-faix sortit. Depuis la rupture des membranes, Mad. B. n'avait plus perdu de sang.

L'arrière-faix est complet. Il pèse 380 grammes.

L'ouverture des membranes arrive assez près du bord placentaire, une de ses extrémités en est distante de 4 centimètres. L'étendue de la déchirure est de 16 centimètres. Elle est oblique. Le cordon est gros, sa longueur est de 41 centimètres. Son insertion a lieu à 4 centimètres du bord supérieur du placenta. Celui-ci mesure 17 centimètres sur 20. La surface du placenta n'offre aucune altération, la trace d'aucun décollement. Par contre, on trouve au niveau du sinus circulaire et sur les membranes des caillots de dates différentes. Sur le bord du placenta, il existe, en un point, un gros caillot rouge, adhérent, long de 6 à 7 centimètres et épais de 2 centimètres. Ce caillot enlevé, on découvre une rainure entre le placenta et les membranes légèrement détachées à ce niveau, longue de 5 à 6 centimètres, profonde de 3 à 6 millimètres.

Un peu plus loin, immédiatement presque après ce gros caillot, existent d'autres caillots plus anciens, grisâtres, qui siègent sur le bord et s'enfoncent de 1 centimètre à 1 centimètre et demi dans le placenta entre deux cotylédons.

D'autres caillots récents et anciens sont situés sur les membranes, entre les deux sources d'hémorragie et l'ouverture par laquelle a passé le fœtus.

L'épaisseur du placenta n'est pas égale partout; sa moitié inférieure paraît plus épaisse. Elle mesure 17 millimètres dans

sa plus grande étendue. La moitié supérieure paraît plus mince, étalée ; elle a de 5 à 8 millimètres, et à de certains endroits 12 millimètres d'épaisseur.

OBSERVATION III.

Primipare. — Hémorrhagie grave survenant à une période avancée du travail aussitôt après la rupture spontanée des membranes. — Application de forceps. — L'enfant ne put être ranimé. — Déchirure du sinus circulaire.

La femme N., accouchement n° 79, 1893, est une primipare qui a eu ses dernières règles le 23 avril 1892.

La grossesse a été bonne, il n'y eut aucun incident à noter. Elle vient le 16 janvier dans le service où on la garde au dortoir. Le 28 janvier 1893, elle ressent les premières douleurs du travail. On la descend dans la salle d'accouchements vers huit heures du soir.

L'enfant se présente par le sommet en position droite postérieure. La tête n'est pas engagée. Le liquide amniotique est très abondant.

Le col est complètement effacé. L'orifice utérin commence à se dilater. Les douleurs, d'abord peu intenses, deviennent très fortes vers dix heures et mettent la femme dans un état d'agitation extrême. La dilatation avance assez lentement. Elle est de 3 à 4 centimètres.

A 10 heures 3/4, la poche des eaux arrive jusqu'à la vulve et

se rompt. Le liquide amniotique qui s'écoule en grande quantité est verdâtre, et la femme commence à perdre du sang assez abondamment. Les bruits du cœur de l'enfant ne sont que peu ralentis. La tête est fixée au détroit supérieur.

Dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, on fait une injection vaginale chaude. Mais la femme continue à perdre beaucoup, presque à jet continu. On téléphone à M. Budin qui ne se trouve pas chez lui.

La femme est alors mise dans la position obstétricale, et l'interne, M. Chavane, fait sur l'enfant resté très élevé, une application oblique de forceps. L'orifice utérin n'était pas complètement dilaté, mais il se trouvait suffisamment dilatable. Néanmoins l'extraction de l'enfant fut faite assez lentement pendant les contractions pour achever la dilatation et ménager les parties maternelles.

L'enfant est très pâle, en état de mort apparente. Avec le tube de Ribemont, on fait l'aspiration et on retire du sang des voies aériennes. On place alors le nouveau-né la tête en bas, en le tenant par les pieds, et on voit une certaine quantité de sang s'écouler par le nez et par la bouche. Malgré tous les soins qui lui furent donnés, cet enfant ne put être ranimé. Il pesait 2,700 grammes.

Quant à la mère, aussitôt après son accouchement, on lui fit une injection très chaude. L'hémorrhagie s'arrête, et bientôt, le placenta étant descendu dans le vagin, de légères tractions sur le cordon l'amènent au dehors.

L'arrière-faix est complet. La déchirure des membranes est parallèle au bord du placenta, se trouvant à 10 centimètres de ce bord.

Sur les membranes, ainsi que sur le bord du placenta, existe un gros caillot récent légèrement adhérent. Il a 8 centimètres de longueur sur 6 de largeur. Ce caillot enlevé, on voit au-dessous de lui le sinus cirulaire qui, dans une étendue de 5 à 6 centimètres, est très distendu par un caillot également récent. Ce

dernier se continuait, avec le caillot extérieur, à travers une large déchirure du sinus circulaire.

Partout ailleurs, le sinus circulaire était très apparent et très développé sur ce placenta; il ne renfermait aucun caillot sanguin, mais seulement des caillots filiformes.

Le placenta mesurait 14 centimètres de diamètre sur 17 centimètres.

En aucun point, il ne présentait la moindre trace de décollement antérieur à la délivrance. Le cordon s'insérait non pas au centre, mais près du bord supérieur du placenta.

Les suites de couches sont normales.

OBSERVATION IV.

Secondipare. — Hémorrhagie abondante à 7 mois et demi de grossesse. — Accouchement prématuré. — Rupture du sinus circulaire.

Communiquée par M. Budin.

Mme X... est enceinte pour la seconde fois. Elle a eu ses dernières règles le 15 juin 1892. Sa grossesse évoluait normalement, lorsque le 27 décembre 1892, elle éprouva quelques douleurs abdominales : il existait des contractions utérines et un peu d'écoulement sanguinolent par les organes génitaux. Elle se mit au lit, on lui administra des lavements laudanisés; l'écoulement cessa et les douleurs disparurent peu à peu. Le 16 janvier 1893, Mme

X... pouvait se lever. Tout paraissait aller bien lorsque le samedi 11 février, à 4 heures du soir, Mme X... éprouva subitement une douleur abdominale très vive et se sentit inondée. Elle regarde, c'était du sang pur qui s'écoulait et elle mouilla en très peu de temps trois serviettes éponges. Tout le monde était affolé autour d'elle. Son mari, un médecin, la coucha et l'examina. Il constata que le col de l'utérus était long et qu'il n'existait aucun phénomène de travail. On m'envoya chercher et, en attendant mon arrivée on demanda le docteur Maygrier qui demeurait dans le voisinage. A l'examen, mon collègue et ami trouva que la perte était constituée par du sang mélangé d'eau. Il conseilla le repos absolu, l'administration d'un lavement laudanisé et fit préparer tout ce qui était nécessaire pour pratiquer le tanponnement dans le cas où l'hémorrhagie se renouvellerait et serait abondante.

Lorsque j'arrivai près de Mme X..., je constatai comme l'avait fait M. le docteur Maygrier que le sang n'était pas pur, mais se trouvait mélangé de sérosité. L'utérus était tétanisé. Le palper et l'auscultation ne pouvaient donner aucun renseignement. Il y avait des douleurs sourdes, continues; le col avait presque toute sa longueur, il était épais.

Pendant la nuit les douleurs continuent malgré les lavements laudanisés, mais elles étaient peu intenses. Le lendemain matin, le col était presque complètement effacé. L'exploration du segment inférieur ne permettait de constater aucun signe de placenta prævia; l'extrémité céphalique du fœtus était profondément engagée et le tissu utérin ne présentait aucun épaississement. Comme il ne s'était plus rien écoulé, que les membranes de l'œuf étaient par conséquent intactes, je me demandai, en présence du mélange de sang et d'eau sortis la veille, s'il n'y avait pas eu formation d'une poche hydropneumotique ayant, en s'étendant jusqu'au bord du placenta, amené l'ouverture d'un sinus circulaire et l'hémorrhagie. Ce n'était qu'une hypothèse fondée d'une part sur l'écoulement d'un mélange d'eau et de sang, et d'autre part sur l'absence d'aucun signe indiquant l'existence d'une

insertion vicieuse du placenta près de l'orifice utérin; la partie fœtale arrivait jusque près du plancher pelvien et le segment inférieur était partout très mince. L'hémorragie aurait donc été le seul symptôme d'un placenta prævia.

Le travail s'accrut dans la journée du dimanche, 12 février. Le soir, quand la dilatation fût complète, on rompit artificiellement les membranes et il s'écoula un liquide amniotique très clair. Un enfant vivant, du sexe masculin et du poids de 2,020 grammes fut expulsé. Après la sortie de la tête d'abord, puis après l'expulsion du tronc de l'enfant, il s'échappa du liquide amniotique mélangé de sang. Après quelques minutes, lorsque l'utérus se contracta, des caillots noirâtres datant évidemment de la veille, sortirent par la vulve. Lorsque le placenta fut descendu dans le vagin, je me contentai de faire un peu d'expression afin de ne pas déchirer les membranes, et le placenta sortit.

L'examen de l'arrière-faix montra que les membranes étaient déchirées à une certaine distance du bord du placenta, l'extrémité de la rupture la plus rapprochée du placenta en arrivait à 6 ou 7 centimètres environ. Beaucoup plus loin, à une grande distance de l'orifice par lequel avait passé le fœtus, se trouvait un gros caillot noir dont l'extrémité arrivait jusqu'au sinus circulaire et pénétrait, par une ouverture dans l'intérieur de ce sinus (voy. fig. 10). Les membranes étaient extérieurement barbouillées de sang entre le placenta et l'orifice de sortie de l'enfant : c'était évidemment entre elles et les parois utérines qu'avaient séjourné les caillots.

En un point opposé du pourtour du placenta, on trouvait sur les membranes un caillot ancien, d'une teinte blanc sale, un peu rosée, qui était long et accolé sur la périphérie de l'organe; il recouvrait le sinus circulaire. Le caillot s'était sans aucun doute formé à la fin de décembre, alors qu'il y avait déjà eu des menaces d'accouchement prématuré.

En aucun point du placenta, il n'existait la moindre trace de décollement récent ou ancien des cotylédons.

Les suites de couches furent normales. Grâce aux soins

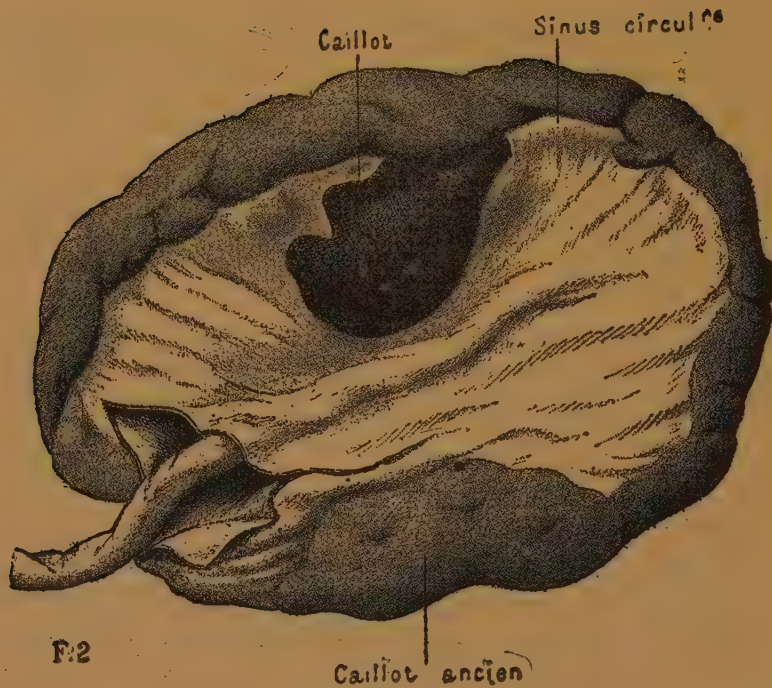


FIG. 10.

d'une excellente nourrice, l'enfant put être élevé et il est très bien portant. Le 5 avril il pesait 3,500 grammes.

OBSERVATION V.

Multipare. — Trois hémorrhagies successives surviennent entre le cinquième et le sixième mois de la grossesse. — Accouchement prématuré. — Le placenta siégeait sur le fond de l'utérus — Déchirure du sinus circulaire.

Communiquée par M. Budin.

Mad. X., qui est déjà accouchée à terme de deux enfants bien

portants a eu ses dernières règles le 26 décembre 1891. Au 5^e mois de sa grossesse, elle eut une première hémorrhagie qui ne fut pas très abondante ; un lavement laudanisé et du repos parurent suffire pour arrêter les menaces d'accouchement prématuré. Quinze jours plus tard, sans cause apparente, survient une nouvelle hémorrhagie assez considérable cette fois et qui nous causa quelque inquiétude, ainsi qu'au mari qui était médecin. Tout rentre également dans l'ordre. Mais, dans la nuit du 6 mai 1892, je fus appelé parce que, pour la 3^e fois, il y avait sortie d'une certaine quantité de sang. En présence de ces accidents qui se répétaient et des contractions assez fortes qui existaient, nous nous demandions avec le mari, s'il ne valait pas mieux ne pas s'opposer à l'expulsion de l'œuf, lorsque pratiquant le toucher, je constatai que le col était totalement effacé et que l'orifice utérin mesurait déjà trois centimètres. L'accouchement prématuré était inévitable. Les membranes qui formaient la poche des eaux étaient très minces, elles n'offraient pas de rugosités comme cela existe souvent sur celles qui sont voisines du bord placentaire ; la partie fœtale était engagée et en aucun point on ne trouvait d'épaississement du tissu utérin pouvant nous faire croire à une insertion vicieuse du placenta.

Un enfant de 950 grammes fut expulsé.

L'arrière-faix fut examiné avec soin : les membranes de l'œuf étaient rompues sur le pôle opposé au placenta ; sur la circonférence de ce dernier on voyait en un point, un caillot récent assez volumineux ; on le détacha et on vit qu'il pénétrait à travers une ouverture dans le sinus circulaire.

En deux autres points, sur la périphérie du placenta, on trouva des caillots anciens grisâtres qui s'étaient formés au moment où avaient eu lieu les deux précédentes hémorrhagies. Il n'existait aucune trace de décollement des cotylédons — (Voy. fig. 11).



FIG. 11.

OBSERVATION VI.

*Multipare. — Hémorrhagie à huit mois et demi de grossesse.
Rupture artificielle des membranes. — Le placenta était inséré
au fond de l'utérus. — Déchirure du sinus circulaire.*

La nommée D. (accouchement n° 18, 1893), est une tertipare, âgée de 32 ans. Rien à noter de particulier dans ses accouchements antérieurs ; les deux eurent lieu à terme.

La grossesse actuelle date du mois d'avril 1892.

Les dernières règles se terminèrent dans les premiers jours de ce mois. Aucun incident ne marqua cette gestation jusqu'au 8 janvier 1893. Ce jour-là, à cinq heures du matin, une hémorrhagie soudaine et abondante réveilla cette femme. Comme l'écoulement sanguin qui, un moment avait paru arrêté, se renouvela, elle se rendit à l'hôpital de la Charité à 10 heures.

Un examen rapide fit constater un utérus gravide de huit mois et demi à peu près. Le fœtus, dont les bruits du cœur étaient bons, se présentait par le sommet en position droite postérieure. Au toucher, on trouva dans le vagin des caillots qu'on retira. Le col ouvert était à peine effacé. Le doigt ne rencontrait aucun signe d'insertion vicieuse du placenta, ni état rugueux des membranes, ni épaissement du segment inférieur. Malgré cela, et pour remédier à l'hémorrhagie, on fit la rupture des membranes à 10 heures 20. L'écoulement sanguin cessa complètement à partir de ce moment. A 11 heures 15, cette femme commença à ressentir les premières contractions douloureuses. Le travail avança très rapidement. A midi 40, la dilatation était complète, et à 1 heure, l'expulsion du fœtus, une fille de 2,880 grammes, était achevée. A 1 heure et demie, le placenta étant entièrement dans le vagin, on en fit l'extraction avec quelques tractions sur le cordon.

La déchirure des membranes était très loin du placenta, presque à égale distance de tous ses bords. L'insertion de cet organe avait donc eu lieu au fond de l'utérus. Les cotylédons n'offraient aucune modification, aucune thrombose qui eut pu faire penser à un décollement. Il y avait à la périphérie du placenta, sur un trajet de quelques centimètres, ainsi que sur les membranes, un caillot noir, adhérent. Ce caillot enlevé, on pouvait voir une rupture du sinus circulaire, très développé en cet endroit, et du sang coagulé dans son intérieur. C'est donc ce point, cette rupture du sinus circulaire, qui avait été la source de l'hémorrhagie.

• OBSERVATION VII. •

Communiquée par M. Bonnaire à la Société d'obstétrique (1).

Multipare. — Hémorrhagie intra-amniotique par éclatement des membranes de l'œuf et extension de leur déchirure jusqu'au sinus circulaire. — Ouverture de ce vaisseau. — Insertion normale du placenta. — Accouchement forcé.

Le 18 avril 1893 est entrée dans le service d'accouchement de la Charité, une multipare de 27 ans, ménagère, de constitution robuste.

Elle eut ses règles pour la dernière fois le 15 juillet 1892. Sa grossesse s'est passée sans incident jusqu'au 18 avril. Ce jour-là, à cinq heures de l'après-midi, elle est témoin d'un accident qui l'impressionne beaucoup : étant au lavoir, elle voit un homme s'écraser la main. Trop émue pour continuer sa besogne, elle rentre chez elle et constate alors qu'elle perd du liquide en abondance. C'est un écoulement sanglant ou sanguinolent.

La malade évalue la quantité de sang perdu par elle, jusqu'à son entrée à l'hôpital, à environ un litre. Pas de douleur. Elle arrive à la Charité, perdant toujours, vers sept heures du soir.

Au palper, on trouve une tête mobile au-dessus du détroit supérieur en O. I. D. On constate l'écoulement d'un liquide sanguinolent, non mêlé de caillots, emplissant le vagin et venant de l'utérus.

(1) Soc. d'obs. et de gyn., Juin 1893.

Au toucher, on trouve le col béant, non effacé, mais perméable et laissant passer deux doigts; les membranes sont rompues, le sommet repose sur l'orifice interne du col. Chaque fois qu'on soulève la tête, l'écoulement sanguin s'exagère sous forme de flot. Si loin qu'on introduise le doigt, on ne sent pas de placenta. Ce mode d'écoulement, ainsi que la fluidité du liquide sanguin, montrent qu'il s'agit d'un mélange de sang et de liquide amniotique.

La malade est pâle, le pouls est rapide, mais cependant fort. Dès l'entrée à l'hôpital, quelques contractions douloureuses de l'utérus se manifestent; mais elles ne sont pas assez fortes pour permettre d'affirmer un début franc du travail.

M. Bonnaire, appelé aussitôt, pense à une hémorrhagie placentaire avec issue du sang dans la cavité amniotique. Considérant le tamponnement vaginal comme contre-indiqué, à cause de l'éclatement des parois de l'œuf et de la direction intra-ovulaire prise par le sang, il décide de procéder dans le minimum de délai possible à l'évacuation de l'utérus.

La malade est chloroformée. M. Bonnaire introduit au-dessus de l'orifice interne du col un ballon de Champetier de 400 grammes de capacité; le ballon est gonflé au maximum. Tandis que, d'une main, il exerce des tractions lentes, continues et régulières sur la queue du ballon, de l'autre, il exerce un solide massage excentrique sur les lèvres du col. Le début de la dilatation artificielle est relativement lent; mais dès que l'orifice du col a dépassé les dimensions d'une pièce de 5 francs, celle-ci se complète rapidement, sans qu'il survienne toutefois la moindre solution de continuité. La dilatation est complète en dix-huit minutes. M. Bonnaire introduit alors la main droite au fond de l'utérus, saisit les deux pieds et les abaisse sans difficulté à la vulve. Grâce à une forte expression utérine combinée aux tractions sur les membres inférieurs, le dégagement du fœtus se fait sans autre difficulté qu'un abaissement laborieux du bras postérieur, relevé et bridé par la lèvre postérieure du col.

En introduisant la main, M. Bonnaire s'est assuré que le placenta était inséré totalement sur le corps utérin, en arrière et à droite, à l'union de la zone supérieure et de la zone moyenne.

L'enfant très fort et bien constitué, est un garçon de 3,780 grammes. Il naît en état d'apnée, légèrement cyanosé ; les battements du cœur sont faibles. Mais quelques excitations cutanées et le nettoyage de l'arrière-bouche et du larynx suffisent à éveiller la respiration.

Délivrance naturelle dix minutes après l'accouchement. Les membranes sont complètes mais déchiquetées ; cependant la main a été conduite directement et aisément au fond de l'utérus, en frôlant le placenta sans l'accrocher, et elle n'a perçu, chemin faisant, aucune sensation donnant à penser que la déchirure des membranes ait été artificiellement produite. On n'a eu qu'à recueillir le placenta à la vulve, sans tractions.

Le placenta est intact, sans trace de caillots anciens ni récents à sa surface.

Il ne présente pas davantage de suffusions sanguines interstitielles ; mais les membranes sont fendues jusqu'au contact des cotylédons marginaux et on trouve aux points voisins de l'angle limitant cette solution de continuité, sur une étendue de deux travers de doigt, une imbibition sanguine de la caduque répondant à la déchirure du plexus de veinules formant le sinus circulaire.

OBSERVATION VIII.

Résumé d'après les notes de M. Chavane.

Multipare. — Bassin vicié. — Hydramnios. — Hémorrhagie peu abondante au commencement du 9^e mois. — Accouchement à terme. — Version. — Enfant vivant. — Aucune trace de décollement du placenta. — Caillot ancien pénétrant dans le sinus circulaire.

N^o 775, année 1892 ; secundipare, âgée de 23 ans ; bassin rachi-

tique, diamètre minimum mesure 9 centim. Le premier accouchement a été provoqué à 8 mois en 1889, à cause des dimensions du bassin.

Les dernières règles remontent au 15 novembre 1891. Grossesse bonne. Hydramnios développé dans les derniers mois, le liquide est évalué à plusieurs litres.

Un mois avant l'accouchement, le 20 août, en dehors de tout examen, sans cause connue, cette femme a une hémorrhagie relativement peu abondante; elle perd un caillot gros comme un poing d'adulte.

Elle entre en travail le matin du 17 septembre 1892. Vers dix heures du soir la dilatation est complète. La tête, en droite transverse, est élevée et très mobile. Les bruits du cœur se ralentissent. Rupture artificielle des membranes, version et extraction d'un enfant vivant, du sexe masculin, pesant 3,240 grammes.

Délivrance naturelle une demi-heure après.

La déchirure des membranes a eu lieu parallèlement au bord du placenta dont elle est distante de quatre centimètres seulement. Sur le bord du placenta et sur les membranes, au niveau du sinus circulaire, existe un caillot fibrineux grisâtre, qui correspond à l'hémorrhagie observée quelques semaines avant. Ce caillot est adhérent et pénètre dans le sinus circulaire ouvert en cet endroit. Nulle part, il n'existe de trace de décollement du placenta.

OBSERVATION IX.

Hémorrhagie foudroyante à 8 mois et demi de grossesse par décollement prématuré du placenta normalement inséré (1).

La femme B. âgée de 34 ans, enceinte pour la quatrième fois, a eu sa dernière époque à la fin de septembre 1891.

(1) MAYGRIER. — *In* Nouv. Arch. d'obst. et de gyn. Août 1892.

De ses trois grossesses antérieures, deux se sont terminées à terme, normalement : les enfants sont vivants. Entre ces deux gestations, il y a eu une fausse couche de trois mois, accompagnée d'hémorragies qui nécessitèrent un repos de trois semaines à l'Hôtel-Dieu.

La santé générale de cette femme est habituellement bonne. Elle a toujours été bien réglée, et souffrait seulement de pertes blanches continuelles.

La grossesse actuelle a évolué régulièrement, à part quelques maux de tête et un peu d'enflure des jambes dans les dernières semaines.

A la suite d'une très grande fatigue, occasionnée par une longue course à pied, elle s'est présentée, le 30 mai 1892, à la Pitié, où elle a été admise dans un service de médecine ; elle devait s'y reposer jusqu'au moment du travail et être envoyée alors dans le service d'accouchements.

Jamais dans son séjour à l'hôpital, on n'a noté rien d'anormal, ni pertes sanguines, ni albuminurie. L'enfant, vivant, se présentait par le sommet en O I G A.

Le lundi 6 juin, à 3 h. 1/2 de l'après-midi, cette femme s'assoit les jambes écartées sur un bidet pour se donner elle-même une injection vaginale. Comme cette opération paraissait se prolonger, on s'approche d'elle et on s'aperçoit qu'elle est pâle, presque sans connaissance, et pousse quelques gémissements. On la transporte en hâte sur un lit voisin et on remarque alors que du sang s'écoule en grande abondance par la vulve. Elle a quelques convulsions dans les membres supérieurs et dans la face, et la surveillante croit reconnaître les signes d'une attaque d'éclampsie.

L'interne de service, appelé immédiatement, pratique rapidement, l'hémorrhagie continuant, un tamponnement sommaire, et envoie chercher son collègue, M. Chaillou, interne de la maternité de la Pitié. Celui-ci constate que la femme est dans un état très grave : la connaissance est à peu près nulle, les téguments de tout le corps sont pâles, exsangues, les lèvres

sont décolorées ; une sueur froide couvre la face ; le pouls est presque imperceptible.

L'auscultation du ventre ne permet d'entendre aucun battement du cœur fœtal.

La quantité de sang perdue n'a pu être évaluée, mais elle a dû être très considérable en très peu de temps.

La femme est transportée immédiatement dans le service d'accouchements ; on enlève le tampon provisoire et, le sang continuant à couler, on pratique un tamponnement vaginal complet, en même temps qu'on applique un bandage serré autour du ventre. Mais la malade reste sans connaissance ; sa température s'abaisse et tombe à 33 degrés ; elle s'éteint malgré tous les efforts tentés pour la ranimer (chaleur, rhum, injections sous-cutanées d'éther, etc.) ; elle meurt à 4 h. 45, une heure environ après le début de l'hémorrhagie.

L'enfant étant mort, on s'abstient de pratiquer l'opération césarienne post-mortem.

Devant un accident aussi subit, que rien dans les antécédents de la femme ne pouvait faire prévoir, l'opinion émise fut qu'il s'agissait sans doute d'une insertion vicieuse du placenta.

Voici les résultats de l'examen nécroscopique :

L'utérus est enlevé en totalité : il a la forme d'un ovoïde un peu irrégulier à grosse extrémité inclinée à droite ; il mesure dans ses plus grandes dimensions, 29 centimètres de long et 22 centimètres de large. Son poids est de 7 kilog. 070 gr. Il ne présente de lésions en aucun point de sa surface.

Le col est imperméable au doigt et long de 2 centimètres environ ; il est très résistant ; il eut été impossible de le dilater avec les doigts si l'on eût voulu tenter l'accouchement forcé.

A travers les parois de l'organe, on sent très facilement, par le palper, les saillies et les dépressions formées par le fœtus, qui est placé en O. I. G. A., et la rénitence du liquide amniotique.

La face antérieure de l'utérus est incisée sur la ligne médiane ; les membranes sont ouvertes et une quantité normale de liquide amniotique clair s'écoule. On ne trouve pas le pla-

centa sur le segment inférieur de l'utérus comme on s'y attendait. On retire le fœtus de la cavité utérine largement ouverte, et on y voit alors le placenta inséré sur la face postérieure de l'utérus, distant du col de plus de 10 centimètres. En soulevant les membranes qui s'étendent du bord inférieur du délivre au col, on découvre un large caillot cruorique, ayant l'étendue de la surface de la main. Sur tout le segment inférieur de l'utérus, en arrière, les membranes sont décollées; le tissu utérin est rouge et injecté, mais nulle part il n'y a de lésion, de déchirure, ni de vaisseau béant. On constate seulement, à la partie inférieure du placenta, à son union avec le caillot sanguin, un liséré noirâtre, au niveau duquel le tissu placentaire semble décollé dans une très petite étendue; partout ailleurs, le placenta adhère fermement au tissu utérin. Il est évident que c'est de ce point, si minime qu'il soit, qu'est provenue l'hémorrhagie mortelle.

Le fœtus était un garçon du poids de 2,880 grammes.

Le titre de cette observation laisse supposer qu'il s'agit d'un décollement du placenta. On cherche en vain les traces de ce décollement, quand on lit la description de ce qui a été constaté à l'autopsie. Nous avons été voir M. Maygrier pour lui faire part de cette remarque. M. Maygrier nous a déclaré qu'en effet il n'avait pas trouvé de décollement, mais simplement un liséré noirâtre à la périphérie du placenta, à son union avec le caillot qui soulevait les membranes. Ne songeant point au sinus circulaire et ne pouvant par conséquent s'expliquer une hémorrhagie aussi grave, il examina avec le plus grand soin le tissu utérin sans y rencontrer « de lésion, de déchirure ou de vaisseau béant ». C'est pourquoi il admit que « le tissu placentaire semblait décollé dans une très petite étendue ».

Mais depuis que M. Budin a attiré l'attention sur les faits d'hémorrhagie par rupture du sinus circulaire, M. Maygrier est convaincu, comme nous le sommes nous-même, que dans son observation l'hémorrhagie mortelle n'était due qu'à une ouver-

ture de ce vaisseau. Le liséré noirâtre qui siégeait au niveau du bord inférieur du placenta n'était très probablement que le sinus circulaire distendu par un caillot.

Un dessin de la pièce anatomique a été pris au moment de l'autopsie. M. Maygrier a eu l'extrême obligeance de nous donner ce document. Nous l'avons fait reproduire, et nous sommes heureux de le mettre sous les yeux du lecteur (v. fig. 12).



FIG. 12, d'après une aquarelle de M. Maygrier.

M. Maygrier compte revenir sur ce fait à la prochaine réunion de la Société d'obstétrique, en même temps qu'il lui communi-

quera une observation récente d'hémorrhagie par rupture du sinus circulaire.

Nous devons à son obligeance d'en publier un résumé plus loin.

OBSERVATION X.

Résumé communiqué par M. Maygrier.

Secondipare. — Deux hémorrhagies au septième mois de la grossesse et pendant le travail. — Accouchement prématuré. — Rupture du sinus circulaire.

La nommée R. est une secondipare. Son premier accouchement eut lieu à 7 mois sans accidents. Enceinte pour la deuxième fois, elle a eu ses dernières règles le 30 octobre 1892. Sa grossesse paraissait évoluer normalement, lorsque le 5 juin 1891, au matin, elle se sentit tout à coup mouillée et s'aperçut qu'elle était inondée de sang. Quand elle arriva à la Pitié, elle était très pâle, mais l'hémorrhagie était arrêtée. La grossesse était de 6 mois et demi à peu près, le fœtus vivant. Pas de douleurs, mais le col était court et perméable dans toute son étendue. On ne constata pas au toucher de signes d'insertion vicieuse du placenta.

Cette femme fut mise au repos absolu, et on lui donna un quart de lavement avec 15 gouttes de laudanum.

Tout allait bien quand le 10 juin, à 10 heures du soir, elle fut prise de douleurs qui devinrent rapidement fréquentes et intenses, et commença à perdre du sang abondamment,

Des injections vaginales très chaudes arrêtaient l'hémorrhagie ; mais le travail avançait vite, et à 10 heures 25, cette femme accouchait d'un enfant de 1,230 grammes, venu par le siège, d'abord « étonné », mais facilement ranimé et paraissant assez vivace. Le liquide amniotique était teinté de méconium. Aussitôt après la sortie de l'enfant, la délivrance spontanée eut lieu.

Examen de l'arrière-faix. — La déchirure des membranes, perpendiculaire, arrive à quelques centimètres seulement du bord du placenta. En cet endroit se trouve le cordon, inséré presque en raquette.

Le tissu placentaire présentait quelques noyaux de dégénérescence fibro-graisseuse, mais nulle part il n'y avait de signes de décollement. A la périphérie du placenta, au voisinage de la déchirure des membranes, existait un caillot adhérent. Celui-ci enlevé, on voyait au-dessous de lui un sinus circulaire de la grosseur d'une plume d'oie sur une étendue de trois travers de doigt environ, rempli de caillots et rompu en quelques points.

OBSERVATION XI.

Résumé d'après les notes de M. Chavane.

Secondipare. — *Accouchement avant terme.* — *Hémorrhagie pendant le travail.* — *Rupture du sinus circulaire.* — *Aucune trace de décollement.*

Mme X... est une secondipare, âgée de 22 ans. Régulée à 13 ans, elle s'est mariée à 20 ans. Son premier accouchement eut

lieu à terme, il y a 15 mois et ne présenta rien de particulier à noter.

Ses dernières règles datent du 23 octobre 1892. La grossesse fut bonne ; pas de pertes, pas de fatigues, aucun incident jusqu'au 22 juin 1893. Ce jour-là, à 5 heures du soir, sans cause apparente pouvant expliquer le travail prématuré, Mme X..., ressent les premières douleurs, d'abord légères et accompagnées d'un écoulement glaireux. Les douleurs s'accroissent dans la nuit et, le 23, à 6 heures, Mme X... s'aperçoit qu'elle perd du sang à chaque douleur. Aussitôt on appelle M. le docteur Rives qui devait l'accoucher et de qui nous tenons ces renseignements. Arrivé à 7 heures, il constate la perte sanguine à ce moment peu abondante et surtout marquée après chaque douleur. Le travail est très avancé. La poche des eaux, intacte, est très tendue. M. le docteur Rives fait demander M. Budin qui, empêché, charge M. Chavane de se rendre auprès de la malade. M. Chavane, arrivé vers 9 heures près de Mme X..., trouve un utérus très tendu par un excès de liquide amniotique, une dilatation presque complète, les membranes formant la poche des eaux, épaisses et rugueuses ; en soulevant, dans l'intervalle des contractions cette poche des eaux, le doigt sentait la tête fœtale très mobile. Pas de tissu placentaire décollé. Il fit la rupture des membranes qui donna issue à 1,500 grammes environ de liquide amniotique. L'hémorrhagie s'arrêta complètement à partir de ce moment. La tête fœtale ne tarda pas à s'engager, et, en quelques contractions, l'expulsion d'un enfant vivant fut terminée.

Dix minutes après, le placenta étant descendu dans le vagin, il fut extrait avec beaucoup de précautions.

La déchirure des membranes de l'œuf, très petite, rase le bord du placenta dans une étendue de 8 à 10 centimètres. Attendant à ce bord est un volumineux caillot, adhérent, qui se continue par deux petites ouvertures dans l'intérieur du sinus circulaire. Les différents cotylédons examinés avec le soin le plus minutieux ne laissent découvrir aucune trace de décollement antérieur à la délivrance.

Etiologie.

Il y a dans la disposition anatomique du sinus circulaire un état prédisposant à sa rupture : son développement parfois considérable, la fragilité très grande de ses parois, surtout de celle qui est en rapport avec la caduque et l'utérus, la présence de grands lacs sanguins périphériques, s'ouvrant largement dans son intérieur.

Un autre élément prédisposant le sinus circulaire aux ruptures se trouve dans la situation du placenta sur la partie moyenne de l'utérus, ce qui est l'état normal, ou plus ou moins bas près de l'orifice interne du col ~~dans~~ les cas d'insertion vicieuse marginale ou latérale. Le cours du sang devant se faire de bas en haut, la pression sera accrue dans les parties inférieures du sinus circulaire.

M. Duncan insiste sur cette variété d'insertion vicieuse en parlant des ruptures du sinus circulaire.

« Il n'est pas nécessaire, ajoute-t-il, d'invoquer aucune cause spéciale pour expliquer les hémorrhagies qui viennent de cette source. Elles peuvent être produites par la plupart des causes qui déterminent l'apparition des hémor-

rhagies accidentelles, mais la situation spéciale du placenta prédisposera la femme beaucoup plus que les conditions normales, en raison de l'augmentation de la pression sanguine à laquelle souvent et dans beaucoup de circonstances la partie inférieure de l'utérus se trouve soumise. »

La plupart des auteurs n'admettent que le décollement du placenta pour expliquer l'hémorrhagie dans cette insertion vicieuse, décollement produit suivant un mécanisme spécial, le développement trop rapide du segment inférieur que ne peut suivre le placenta, dans les derniers temps de la grossesse. Nous avons vu que lorsque le placenta ne recouvre pas l'orifice interne du col, non seulement l'hémorrhagie n'est pas fatale, mais elle est loin d'être fréquente. Quand elle existe, une simple rupture du sinus circulaire ou une cause autre que le développement rapide du segment inférieur peut en être l'origine. Jacquemier lui-même, dont on invoque la théorie, dit dans son manuel sur la pratique des accouchements : « Lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, indépendamment de la cause spéciale, l'hémorrhagie peut reconnaître toutes les autres cause signalées, et se produire suivant le mécanisme qui leur est propre ; cette position déclive du placenta, doit même y prédisposer en favorisant la stase du sang dans les veines utéro-placentaires ». Parmi les autres causes signalées et les veines utéro-placentaires, se trouve le sinus circulaire.

Dans ces conditions prédisposantes, qu'un afflux sanguin brusque ou considérable survienne et les parois fragiles de ce vaisseau ne manqueront pas de céder. Il est même extraordinaire de ne pas trouver plus souvent mentionnée cette

source d'hémorrhagie. Peut-être cela tient-il à ce que le sinus circulaire fait quelquefois défaut dans les parties déclives du placenta; peut-être aussi et surtout, l'attention n'a-t-elle pas été suffisamment attirée de ce côté.

Si l'on admet qu'une simple augmentation de pression peut amener cet accident, il est juste de chercher ce qui détermine ce changement dans la pression du sang.

Dans la plupart des observations que nous publions, ce point est resté pour nous un problème. On peut néanmoins penser que les émotions morales vives, nous en avons un exemple frappant dans l'observation VII (1), les grandes marches, les fatigues, le coït, par les troubles circulaires qu'ils produisent, sont capables de provoquer une rupture du sinus circulaire. La contraction utérine, par elle-même, est également susceptible pendant la grossesse d'amener le même résultat.

« Par suite de sa situation vicieuse, le placenta, pendant la contraction qui a pour effet d'augmenter rapidement la tension intra-utérine, subit une pression plus forte à sa partie supérieure qu'à la partie qui avoisine l'orifice. La pression va donc en décroissant de haut en bas et, quelque minime que soit l'orifice utérin, il y a à son niveau un point mathématique où la contrepression des parois est 0; c'est

(1) M. Bonnaire, dans cette observation, n'admet pas que l'émotion morale vive ressentie par la femme ait pu, par un trouble circulatoire, provoquer une rupture du sinus circulaire. Pour lui, à la suite de cette émotion, il a dû y avoir une contraction abdominale subite, une sorte de traumatisme utérin qui a fait éclater les membranes et étendre leur déchirure jusqu'au sinus circulaire.

vers ce point que le sang des sinus placentaires, qui communiquent si largement avec les sinus utérins, afflue avec violence : de là l'hémorrhagie.

C'est le même mécanisme que celui de l'éponge gorgée d'eau qu'on presse dans la main et qui laisse échapper son liquide dans les intervalles interdigitaux. D'après les recherches de Poulet, l'effet de la pression intra-utérine commence par le fond et descend en quelques secondes vers l'orifice; ce fait seul suffit pour expliquer l'hémorrhagie. Le sang des sinus placentaires se porte rapidement vers la partie déclive et rompt subitement les frêles parois qui le contiennent » (1).

Au lieu de rompre les points d'attache du placenta, le sang peut simplement ne déterminer qu'une solution de continuité de la paroi du sinus circulaire.

Ainsi agiraient, en provoquant des contractions utérines ou en troublant la circulation, les traumatismes, le cahot d'une voiture, les trépidations du chemin de fer. Nous ne nions point que toutes les causes que nous avons énumérées n'occasionnent des décollements du placenta, mais elles peuvent n'avoir pour effet qu'une déchirure du sinus circulaire.

On comprend très bien avec l'hypothèse d'une rupture de ce vaisseau très-fragile et parfois très-large, ces hémorrhagies brusques, silencieuses et très-abondantes. M. Budin les a justement comparées à celles qu'on observe à la suite de la rupture d'une grosse varice.

(1) X. DELORE. Art. placenta du dict. enc. des sc. méd.

Symptômes et diagnostic.

Le symptôme capital d'une rupture du sinus circulaire c'est l'hémorrhagie. Possède-t-elle, cette hémorrhagie de cause spéciale, des caractères propres qui puissent la faire reconnaître? C'est ce qu'il serait prématuré de dire; nos observations ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre de faire de ce chapitre autre chose qu'une ébauche.

Nous avons vu qu'une rupture du sinus circulaire est possible lorsqu'il existe une insertion vicieuse marginale ou latérale du placenta, et aussi lorsque l'insertion de cet organe a lieu sur la partie moyenne ou le fond de l'utérus.

On peut presque sûrement admettre un décollement du placenta lorsque celui-ci recouvre plus ou moins l'orifice interne du col. Dans ces variétés partielles ou centrales du placenta prævia, le diagnostic est relativement facile. Le segment inférieur de l'utérus est épaissi sur une grande étendue ce qui donne la sensation d'une « sorte de petit

matelas » interposé entre le doigt explorateur et la partie fœtale non engagée. De plus, si, avec des précautions très grandes, l'on pratique le toucher intra-cervical, on peut sentir et reconnaître les cotylédons placentaires.

Dans tous les autres cas, lorsque l'accoucheur se trouve en présence d'une hémorrhagie survenant dans la seconde moitié de la grossesse, ou pendant l'accouchement, en l'absence d'un placenta prævia recouvrant l'orifice interne du col, il doit penser à une rupture du sinus circulaire.

S'il existe une insertion marginale, la partie fœtale n'est pas engagée, le segment inférieur est épaissi d'un côté, et, pendant le travail, le doigt trouve des membranes rugueuses. Si le placenta est inséré loin du col, la partie fœtale est en général engagée, le segment inférieur est mince dans toute son étendue et les membranes ne présentent ni épaississement ni rugosités.

S'agit-il, ici, d'un décollement du placenta ou d'une rupture du sinus circulaire ? Seul, l'examen attentif de l'arrière-faix, après la délivrance, peut fixer d'une façon certaine, ce diagnostic.

Les hémorrhagies dont nous nous occupons apparaissent dans les trois ou quatre derniers mois de la grossesse ; ou bien elles se montrent pendant le travail.

Pendant la grossesse, l'hémorrhagie peut être interne ou externe. Nous avons vu une fois (Obs. IV), le placenta étant assez loin du col et les membranes probablement très-adhérentes, le sang s'accumuler en une espèce de poche formée par les membranes, la paroi utérine et le bord du placenta. Dans ces circonstances, la femme éprouve tous les symptômes qui caractérisent une menace d'accouchement pré-

maturé. On ne peut s'en expliquer la cause qu'après l'expulsion du délivre.

Le plus souvent cependant, l'hémorrhagie est externe. Fréquemment elle se déclare sans cause apparente, ni douleurs.

Parfois unique, soit que, légère, elle s'arrête spontanément et la grossesse évolue jusqu'à terme sans autre accident (Obs. VIII), soit que par sa persistance, elle nécessite une intervention qui interrompt le cours de la grossesse.

Plusieurs fois (Obs. II, V et X), à des intervalles variables, l'hémorrhagie survint à deux et trois reprises. Dans ces cas, la grossesse se termine ordinairement par l'accouchement prématuré.

En général assez abondantes, ces hémorrhagies prennent parfois une marche absolument foudroyante et emportent la femme en moins d'une heure (Obs. IX).

L'écoulement sanguin peut aussi n'avoir lieu que pendant le travail (Obs. I, III et XI).

Le diagnostic est presque aussi incertain que pendant la grossesse. En effet, l'accoucheur appelé pour une hémorrhagie pourra se trouver en face de deux conditions différentes : ou bien l'examen lui démontrera l'existence d'un placenta inséré vicieusement et alors il lui sera impossible de dire si le sang provient d'un décollement du placenta ou d'une rupture du sinus circulaire, les deux pouvant exister simultanément. On conçoit même que l'insertion vicieuse doit favoriser la rupture du sinus circulaire (Obs. XI). Mais si le médecin ne constate aucun signe de placenta prævia, ni épaissement du segment inférieur,

ni membranes rugueuses; s'il trouve la partie fœtale engagée, il devra songer à une rupture du sinus circulaire. Il ne pourra néanmoins en être certain qu'après l'examen de l'arrière-faix.

Pronostic.

La gravité de ces hémorrhagies pour la mère et pour le fœtus est en général variable avec son abondance. C'est ainsi qu'une fois (Obs. IX), on a observé la mort rapide de la mère et de l'enfant, tellement la perte sanguine a été considérable. Cette terminaison, heureusement, est rare.

Le plus ordinairement la femme en est quitte pour rester un certain temps plus ou moins affaiblie, anémiée; quant à la grossesse, le plus souvent elle est interrompue avant terme, ce qui met les enfants dans des conditions inférieures de viabilité.

Il y a plusieurs causes à cet accouchement prématuré. L'hémorrhagie, par elle-même, peut provoquer le travail. D'autrefois, c'est une intervention contre la perte sanguine, telle que la rupture des membranes ou le tamponnement, qui suspend le cours de la grossesse. Enfin, lorsque l'écoulement sanguin se tarit spontanément, il reste des caillots dans la cavité utérine qui jouent le rôle de corps étrangers, d'une sonde de Krause,* déterminent des

contractions et aboutissent finalement à l'expulsion prématurée de l'œuf.

Une fois nous avons observé la mort du fœtus du fait d'une hémorrhagie survenue pendant le travail (Obs. II). A ce moment, si la perte n'est pas rapidement arrêtée, grave pour la mère, elle l'est particulièrement pour le fœtus, beaucoup plus que lorsqu'il s'agit d'un décollement partiel du placenta.

En effet, lorsqu'une portion du placenta est détachée, elle est vite thrombosée et ne contribue nullement à l'hémorrhagie. L'enfant, quoique le champ d'hématose de son sang soit amoindri de cette portion, ne souffre point ou peu, parce qu'une partie notable du placenta reste encore adhérente et la circulation n'y est pour ainsi dire point troublée. Tout le sang de l'hémorrhagie provient des sinus utérins ouverts et laissés à nu par la séparation de cette portion du placenta. Ainsi l'hémorrhagie, avant de menacer la vie de l'enfant, menace d'abord et surtout la vie de la mère, si elle devient abondante.

J'ai supposé que le sinus circulaire n'a pas été intéressé.

Lorsque l'hémorrhagie a pour origine une rupture de ce sinus, tout le sang vient du placenta, de ce « grand lac » dans lequel baignent les villosités fœtales et qui est en communication par des milliers d'orifices avec ce vaisseau périphérique. Le sang vient directement de cet organe et non point de la surface utérine. C'est pourquoi l'enfant en souffre plus que si une partie du placenta était décollée. Il en souffre d'autant plus que, pendant le travail, si les contractions utérines ont pour effet de fermer les sinus utérins, elles restent sans action sur le sinus circulaire. La

quantité de sang qui serait resté dans le placenta et aurait servi à la respiration du fœtus durant la contraction, peut librement s'écouler au dehors en cas de rupture du sinus circulaire. Ce fait vient encore augmenter les chances d'asphyxie du fœtus.

Toutes ces considérations ne sont pour nous qu'une hypothèse qui nous paraît cependant assez vraisemblable puisqu'elle explique certains faits.

Nous n'avons considéré jusqu'ici que les cas de rupture du sinus circulaire sans décollement du placenta. Ceci n'empêche pas que ce vaisseau puisse être ouvert et contribuer à l'aggravation de l'hémorrhagie lorsqu'une partie du placenta a été décollée.

« Ce vaisseau remarquable, dit M. Duncan, s'il existe au niveau du bord du placenta qui s'est décollé en dernier lieu, reste ouvert en deux places : aux deux extrémités du bord qui s'est détaché, c'est-à-dire près de la portion qui reste adhérente, et le sang maternel s'écoule librement par ces ouvertures. »

« Dans le cas où ont lieu les hémorrhagies excessives, écrit Simpson, lorsqu'une petite portion seulement du bord de l'organe est décollée, je crois que le danger tient à ce que le sinus a été ouvert sur quelque point dilaté de son trajet, et qu'alors un flot de sang maternel a pu s'échapper librement par la rupture de ce tube non contractile. »

Ainsi, dangereuses par elles-mêmes, les hémorrhagies consécutives à une rupture du sinus circulaire, contribuent à rendre plus sombre le pronostic d'un décollement du placenta à la suite duquel ce vaisseau a été ouvert.

Cependant ce décollement peut avoir lieu sans que le

sinus circulaire soit lésé ; cela tient à ce qu'il fait parfois défaut sur une certaine étendue du pourtour placentaire. Il peut se faire aussi qu'il ne soit pas intéressé bien qu'il existe au niveau de la portion du placenta qui s'est détachée, parce que sa séparation de la paroi utérine a eu lieu dans l'épaisseur même de la caduque et que, assez souvent, sur un certain trajet, il est sans communication avec les sinus utérins ; dans ces conditions, s'il n'est pas déchiré, il ne contribue pas à l'hémorrhagie.

Traitement.

L'hémorrhagie, après avoir été plus ou moins abondante, s'arrête quelquefois spontanément. Par quel mécanisme a lieu la cessation spontanée de l'écoulement sanguin ? C'est ce que nous allons voir avant d'étudier les cas où une intervention fut nécessaire.

Jacquemier semble admettre que la coagulation du sang peut donner naissance à un caillot capable d'oblitérer le sinus circulaire s'il était ouvert. Duncan dit « n'avoir jamais observé un semblable caillot qui puisse s'opposer complètement au passage du sang dans ce vaisseau », et, pour expliquer l'hémostase, il ajoute :

« L'hémorrhagie, qui a lieu par le sinus circulaire, peut être arrêtée par la séparation totale du placenta ou par la thrombose de toutes les portions de cet organe dont les sinus lui apportaient le sang maternel. C'est ce qui arrivera certainement si ces portions sont détachées, et cela peut aussi survenir si elles sont adhérentes. Mais l'hémorrhagie qui a son origine dans une portion du sinus circulaire, peut être arrêtée si cette portion se détache com-

plètement. Sa séparation peut, sans aucun doute, déterminer l'ouverture d'une autre portion du sinus marginal n'ayant aucun rapport avec la première; mais cette séparation peut aussi avoir lieu en un point où ce sinus n'existe pas et où, par conséquent, une nouvelle portion de ce sinus n'est pas atteinte. »

Nous fûmes quelquefois assez heureux à la suite d'hémorragies récentes, pour constater la continuation directe du caillot dans l'intérieur du sinus circulaire; parfois même le caillot était assez volumineux pour remplir la lumière de ce canal. Nous considérons donc comme exact, ici, le mode d'arrêt invoqué d'une façon générale par Jacquemier pour toutes les hémorragies.

Dans quelques-unes de nos observations, pour combattre la persistance de la perte sanguine on eut recours avec succès à la rupture des membranes. (Obs. I, II et VI). Il est aisé de comprendre par quel mécanisme cette rupture des membranes amène l'arrêt du sang.

Un effet de la contraction utérine est de tendre les membranes. Pour voir combien cette tension est grande, il suffit d'avoir touché une poche des eaux pendant une contraction. Un résultat de cette tension des membranes est de rendre plus béante l'ouverture du sinus par laquelle se fait l'écoulement sanguin. Pour étudier le sinus circulaire sur un arrière-faix et voir ses nombreux orifices, il est souvent nécessaire de tendre les membranes; les orifices apparaissent alors très nets et les parois du sinus qui étaient au contact se séparent. Mais si on rompt les membranes, une certaine quantité de liquide amniotique s'écoule et leur tension cesse aussitôt. La contraction utérine

n'a plus aucune influence sur elles. Alors elles s'affaissent, s'appliquent mieux sur l'utérus et facilitent ainsi la coagulation du sang et l'arrêt de l'hémorrhagie.

Il ne faut pas croire que la rupture des membranes soit un moyen infaillible. Dans l'observation II, l'hémorrhagie ne commença qu'après la sortie d'une certaine quantité de liquide amniotique. La dilatation était assez avancée. Aussi, la seule conduite rationnelle était de terminer au plus vite l'accouchement. On fit une application de forceps ; mais l'enfant eut le temps de succomber.

Dans l'observation VII, les membranes étaient déchirées et le sang ayant fait irruption dans la cavité de l'œuf s'écoulait abondamment au-dehors mélangé au liquide amniotique. La femme n'était pour ainsi dire pas en travail ; le col n'était même pas effacé. La conduite à tenir devant la persistance de l'hémorrhagie et le danger couru par la mère et l'enfant, était particulièrement embarrassante. Il s'agissait d'une multipare. Aussi, M. Bonnaire décida l'évacuation de l'utérus après la dilatation extemporanée rapide du col au moyen d'un ballon de Champetier de 400 centimètres cubes, introduit au-dessus de l'orifice utérin. En moins de 20 minutes, il obtint une dilatation complète et put extraire un enfant vivant par la version.

Dans certains cas le tamponnement vaginal peut être indiqué. En opposant ainsi une barrière à l'issue du sang au dehors, on facilitera la formation d'un caillot qui arrêtera l'hémorrhagie.

Nous avons vu (Obs. IV) que le sang trouvant parfois dans l'adhérence des membranes un obstacle à sa progression, s'accumule en une espèce de poche où il ne tarde pas

à se coaguler et à produire l'hémostase. C'est suivant le même mécanisme qu'agira le tamponnement.

Lorsque l'hémorrhagie a été légère et lorsqu'elle s'est arrêtée spontanément, il est bon de mettre la femme au repos absolu et de lui donner de l'opium soit sous forme de lavement laudanisé, soit sous forme d'injection sous-cutanée de morphine, pour arrêter les contractions et tâcher d'obtenir la continuation de la grossesse jusqu'au terme, ou le plus près possible du terme. C'est ce qui a été pratiqué dans les observations que nous rapportons. Il faut cependant savoir qu'à la suite de l'hémorrhagie, il reste souvent dans la cavité utérine des caillots, qui, nous l'avons dit, jouent le rôle de corps étrangers. Il est rare dans ces conditions que l'accouchement n'ait pas lieu prématurément.

CONCLUSION.

A côté des hémorrhagies de la grossesse ou du travail dues à un décollement du placenta, il en existe d'autres, que cet organe soit inséré sur le segment inférieur plus ou moins près du col ou au fond de l'utérus, qui reconnaissent pour cause *une rupture du sinus circulaire*.

VU :

Le Président,

TARNIER.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur

de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

LEVRET. — Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux. Paris, 1747.

HUGH CARMICHAEL. — Dublin Quarterly Journal, 1839.
— 1840.

BARNES. — Leçons sur les opérations obstétricales, trad. par le D^r Cordes.

PINARD. — De la rupture prématurée dite spontanée des membranes de l'œuf humain, in. ann. de gyn. 1886.

RIBEMONT-DESSAIGNE. — Recherches expérimentales sur la résistance et le mode de déchirure des membranes de l'œuf humain, in arch. de tocologie, 1879.

BUDIN. — Communication à la société obstétricale de France, 1892.

— Communication à la société d'obs. et de gyn. (Juin 1893).

JACQUEMIER. — Arch. gén. de méd. 1839, 3^e série, t. V, et Manuel des accouchements, 1846.

J. MATTHEWS DUNCAN. — Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique et recherches sur l'insertion vicieuse du placenta, etc., etc., trad. par le D^r Budin, 1876.

X. DELORE. — Etude de la circulation maternelle dans le placenta, in Ann. de gyn. 1874, et art. placenta du dict. enc. des sc. méd.

SIMPSON. — Clinique obst. et gyn., trad. par le D^r Chantreuil, 1874.

DYLION. — Th. de Paris, 1890.

SCHRÖEDER. — Traité d'obstétrique.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	5
<i>Diagnostic de l'insertion vicieuse du placenta par l'examen de l'arrière-faix</i>	8
Définition de l'insertion vicieuse du placenta.	9
Diagnostic du placenta prævia par l'examen de la déchirure des membranes.	12
La déchirure des membranes se fait suivant une ligne.	15
Direction de la déchirure par rapport au bord du placenta.	17
Déchirures obliques.	20
Déchirures perpendiculaires	21
Déchirures parallèles	25
Conclusions	29
<i>Tableau résumant nos observations.</i>	33
Insertion vicieuse du placenta et rupture prématurée des membranes	37
Insertion vicieuse du placenta et hémorrhagie.	37
<i>Hémorrhagies de la grossesse et du travail dues à une rupture du sinus circulaire.</i>	40
Description du sinus circulaire	42
Observations d'hémorrhagie par rupture du sinus circulaire.	49
Etiologie	75
Symptômes et diagnostic.	79
Pronostic	83
Traitement.	87
Conclusion	91
Bibliographie.	93

